

30  
2e1



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL

001139

ACATLAN  
ESTADO DE MEXICO

'97 MZO 14 AM 10 43

DEPTO. DE TITULOS  
PROFESIONALES  
Y CERTIFICACION

**ADMINISTRACION DE  
UN SISTEMA PUBLICO  
DE ATENCION MEDICA**

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
DE LICENCIADO EN CIENCIAS  
POLITICAS Y ADMINISTRACION  
PUBLICA

P R E S E N T A:

*Federico Iturbide Arroyo*

ACATLAN, ESTADO DE MEXICO 1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A MI,  
A MI DIOS  
A FEDERICO, NELLY Y SUS HIJOS*

*A LA UNAM, A LA ENEP, A TODOS MIS MAESTROS  
CON AGRADECIMIENTO  
AL DR. ANTONIO RUEZGA  
Y CON CARÍÑO  
AL DR. ALFONSO MARTINEZ*

*A REYNA "LA NOVIA AUSENTE"  
QUIEN AUN EN SU AUSENCIA,  
FUE LA CAUSA MATERIAL DEL TEMA DE ESTA TESIS,  
FUE LA CARICIA QUE ME ACOMPAÑÓ EN EL ESTUDIO  
ES MI "COMPAÑERA DE VIAJE"  
Y SERÁ EL MAS BELLO RECUERDO DE LICENCIATURA.*

*"AQUELLA QUE CUANDO ERA ESTUDIANTE ME AMABA"*

...Uno de esos aspectos superiores (de asombro) de la cultura indígena era el desarrollo que habían alcanzado las ciencias naturales. La botánica, sobre todo la botánica aplicada a la medicina, era en aquel siglo superior a la botánica europea. Es que al indio le preocupaba, más que el conocimiento biológico en sí, la aplicación de la farmacológica de las plantas... Como en todos los pueblos primitivos, la medicina indígena, al nacer, se confundía con la magia y es conocimiento se quedaba en superstición. Erán el sacerdote y el hechicero los únicos que luchaban contra la enfermedad, el uno aplacando la cólera de los dioses y el otro conjurando la acción de los astros y los espíritus malignos. No es sino hasta salvada la primera etapa, igual que ha pasado en todo el mundo, cuando empieza el verdadero conocimiento, el que se funda en el empirismo... y en eso fueron maestros los indios del período precortesiano. Siglos enteros de hurgar por las montañas les permitieron formar una botánica médica asombrosa. Cincuenta años antes de que en Europa se hiciera el primer jardín botánico, el de Padua, y cien años antes que el de París, ya Moctezuma había plantado en sus jardines reales, junto a las mas variadas plantas de ornamento, un gran vivero de plantas medicinales, las que le obsequiaba a sus súbditos enfermos. Cuenta Gómara... muchos boticarios que sacan a la plaza unguentos, xarabes, aguas y otras cosillas de enfermos... y Hernán Cortés... ai calle de arbolarios, donde si todas las raíces i yerbas medicinales que en la tierra se hallan... el desarrollo de la botánica era asombroso; calles enteras en un barrio determinado estaban destinados a la preparación y venta de los más variados remedios y eran tantas las yerbas utilizadas que cuando vino Hernández, el médico de Felipe II, apenas cincuenta años después de la conquista pudo reunir 1 200 especies, estudiadas y definidas en su virtud curativa.

Este progreso extraordinario de la botánica médica debía corresponder, naturalmente, a un cierto desarrollo de sus doctrinas médicas. Es verdad que entre ambas no existe paralelismo obligado, porque el hombre no ha esperado nunca a conocer la naturaleza de sus males para buscarles remedio. Al contrario, bajo el acicate dolor y ante el miedo a la muerte, se ha preocupado más del capítulo del tratamiento que de las doctrinas de causa o de patología. Por eso suele darse el caso de que antes de conocer la naturaleza de un mal, se tenga ya su cura. esa es la historia del paludismo y ése es el milagro de la quina. De ejemplos así está llena la medicina aborigen, al igual que la medicina universal.

Sin embargo, los aztecas, habían aprendido a diferenciar enfermedades, base de toda clínica, y para cada una de ellas tenían un nombre específico. sabían también de la acción de ciertos agentes exteriores, el frío, el viento y la humedad..."

# ADMINISTRACIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN MÉDICA

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

<b>Marco conceptual</b>	9
<b>Marco histórico</b>	13
<b>Enfoques de la investigación</b>	15

### CAPITULO II TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGÍA

<b>La atención de la salud en México</b>	17
<b>Transición epidemiológica</b>	21
<b>Situación de la salud en México</b>	25
Ambiente natural	25
Demografía y salud	26
La contaminación ambiental	27
Ambiente social	28
La economía Mexicana	28
El desempleo	31
Nutrición	32
Vivienda	34
Educación	36
Cultura	38
<b>Salud Pública</b>	
Medicina preventiva y salud pública	39
Compos de acción de la salud pública	39
Medición del nivel de salud	40
Los indicadores para la evaluación de la salud	40

### CAPITULO III TRANSICIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD

<b>Política pública</b>	
<b>Desarrollo, política económica y gasto público</b>	
Desarrollo y salud	45
Política económica	46
Gasto público	46
<b>Evolución y variables determinantes en la política pública</b>	
Evolución	48
Lucha y unidad de contrarios	49
Experimentación de políticas públicas	50
Lucha por el reconocimiento institucional	51
Síntesis o conformación	52
<b>Desarrollo económico</b>	
El crecimiento sostenido	63
Desarrollo estabilizador	64
El populismo	64
Reorganización económica	65
Estabilización económica	66
<b>Dilemas en la extensión de la cobertura</b>	
La autoridad consejal <i>vs</i> la autoridad ejecutiva	67
los criterios geopolíticos <i>vs</i> los criterios económicos	68
la atención integral corporativa <i>vs</i> los programas verticales	68
la extensión de cobertura con servicios integrales <i>vs</i> la extensión con programas selectivos.	69

### CAPITULO IV TRANSICIÓN INSTITUCIONAL

<b>Administración de los servicios médicos para la milicia</b>	
Servicios de Sanidad Naval Armada de México	72
Servicios de Sanidad del Ejército y la Fuerza Aérea Mexicana	76
<b>Administración de los servicios médicos a la población asegurada</b>	
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	83
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos	86
Instituto Mexicano del Seguro Social	90
<b>Administración de los servicios médicos para la población abierta</b>	
Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal	94
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	98
Secretaría de Salud	102
Programa I.M.S.S. - Solidaridad	106

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

<b>Otras instancias de la salud</b>	
Comisión de salud del Senado de la República	112
Comisión de salud de la Cámara de Diputados	112
Comisión de salud de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal	112

## **CONCLUSIONES**

<b>Y después de la crisis, qué ?</b>	<b>113</b>
<b>Propuesta FUNSALUD</b>	<b>116</b>
<b>Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000</b>	<b>122</b>
<b>Administración de un Sistema Público de Atención Médica</b>	<b>126</b>

<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>140</b>
-----------------------------------	------------

<b>Anexos</b>	<b>143</b>
---------------	------------

<b>Bibliografía</b>	<b>150</b>
---------------------	------------

## ✓ INTRODUCCIÓN

" La salud del obrero es, por tanto, un elemento básico para la producción, pues en la medida en que la 'máquina humana' se encuentra en buenas condiciones se podrá exigir de ella un mayor rendimiento para incrementar la productividad del trabajo y elevar de esta manera la tasa de plusvalía".

Rojas, Raúl, *CAPITALISMO Y ENFERMEDAD*

¿Por qué una tesis de Administración Pública sobre salud?, varios de mis compañeros me cuestionaron sobre la relación ente la medicina y las ciencias políticas y aunque defendí -según yo- con argumentos mis puntos de vista, no todos quedaron convencidos.

La medicina lleva algo de política, de administración, se regulan sus actividades en un marco jurídico, necesita de un presupuesto y también tiene una economía, pero de ahí a que exista una relación más profunda no logran entenderla algunos de ellos.

No es la medicina como práctica técnica específica lo que aborda esta tesis, sino la atención médica regulada dentro de un subsistema en el sistema social, es decir, la política pública en salud. La política pública en salud va más allá de esa práctica individual, es el beneficio que se desea no sólo al usuario de la atención en un consultorio o en un quirófano, sino a toda la población en lo general, con sus distintas características, en las diferentes latitudes y altitudes, con sus diferentes costumbres, en fin, a los que compartimos el mismo suelo.

La salud es un concepto difícil de definir y, por lo tanto, de cuantificar. El término salud, como concepto y meta de acción, es impreciso. En el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, social, biológica y psicológicamente. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso. Siendo este proceso un continuum que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos contrarios, en el sentido de que un aspecto, o elemento, no pueda existir sin el otro. (1)

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que determinan, en buena medida, su salud-enfermedad. La conceptualización de este proceso debe, por tanto, incluir sus elementos determinantes no sólo individual, sino también socialmente.

Desde sus orígenes el hombre ha vivido en una relación salud-enfermedad con la naturaleza. Esta relación ha motivado la creación de diferentes métodos y medios que le permitieran conservarla. " Tal como lo vemos hoy en las culturas primitivas; la religión, la magia y el tratamiento médico debían ser en la prehistoria totalmente inseparables. El mundo sobrenatural era inmanente a todas las cosas, de manera que afectaba a la salud, la supervivencia y las actividades sociales. Aparte de las ceremonias religiosas, algunos pueblos emplearon métodos de prevención de la enfermedad, aunque no es posible determinar cuando comenzaron a usarlos "(2). Ello consistió en la práctica de una higiene, tanto individual como colectiva, reflejándose esto, en la construcción de una infraestructura en las ciudades de pueblos como los aztecas o los egipcios.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Es con los filósofos presocráticos cuando la medicina llega a una concepción laica y racional, siendo la figura más representativa de este estadio, Hipócrates en el siglo VI y V a.C., al cual le siguieron figuras como la de su comentarista Galeno en el siglo II d.C. (3).

En nuestro país, los conocimientos con los que contaban los aztecas a la llegada de los españoles en las áreas de patología, cirugía y obstetricia no pueden entenderse sin tener en cuenta los estudios existentes sobre botánica que los indígenas habían adquirido y, sobre todo, la botánica aplicada a la medicina. Este progreso extraordinario de la botánica médica debía corresponder, naturalmente, a un cierto desarrollo de sus doctrinas médicas. Pese a ello, en sus concepciones predominaban una mezcla de errores y supersticiones impregnadas de magia y religión, contando con una extensa teogonía a la cual atribuían los más variados males que sufrían, por eso en el tratamiento de los enfermos intervenían ruegos y ofrendas a los dioses y aún sacrificios para calmar su ira, no sin olvidar las figuras del sacerdote y el hechicero, el uno aplacando la cólera de los dioses y el otro conjurando la acción de los astros y los espíritus malignos.

Con la caída de Cuauhtémoc, la raza blanca impone nuevas formas de concepción del mundo, eliminando todos aquellos conocimientos indígenas considerados por los torquemadas y militares como algo maligno, fruto de pueblos idólatras. Hasta con la llegada de los primeros misioneros católicos que todos esos conocimientos empiezan a ser recopilados, pues en su mayoría eran transmitidos oralmente de padres a hijos.

Después de la conquista y debido a los grandes problemas de salud en la población indígena, como resultado del intercambio de genes y antígenos que dieron lugar a epidemias severas de tifo, sarampión, viruela, parotiditis, fiebre amarilla e influenza, se originó una gran demanda de atención médica, aunado a la influencia de una vieja tradición musulmana en la construcción de hospitales, por todo esto, lo primero que realizaron los españoles en punto de medicina fue la construcción de hospitales, el primero de ellos, el Hospital de la Limpia Concepción o de Nuestra Señora, que hoy se conoce con el nombre de Hospital de Jesús Nazareno, comenzado en 1524.

Conforme los conquistadores se adentraban en el país, y se avanzaba en la colonización se iban levantando hospitales "la política de los reyes de España era, en ese particular decidida y en sus instrucciones a los virreyes, comandadores o a los obispos venían apremios para abrir más y más hospitales en beneficio de los indios" (4). Así, mediante la participación de los franciscanos fue como se sostuvo este impulso, pues donde se extendía la orden fundaban un convento, una escuela y un hospital, afianzando, España, con esto, la conquista. Prueba de ello es la construcción en 1529 del Hospital Real de los Naturales destinado exclusivamente a los indígenas.

Durante los siglos XVII y XVIII se acepta la medicina aborigen de las culturas maya, náhuatl y zapoteca, fundamentada en estudios científicos de botánica, pero se impone la cultura médica española que no incorpora teorías contrarias a la medicina universal de Hipócrates y de Galeno cuyos aforismos eran considerados "verdades del cielo". Los escasos profesionales de la medicina en la Nueva España están subordinados a la autoridades militares, los ricos y el clero.

**Las Juntas Provinciales de Sanidad se originan en los albores de la independencia (1810-1822), cuando las cortes españolas suprimen las ordenes hospitalarias pasando los establecimientos atendidos por ellas a los ayuntamientos, como una respuesta de los representantes de los**

cabildos municipales y eclesiásticos que promueven los primeros decretos de salud en favor de la sociedad.

En los períodos posteriores (Reforma, Revolución y Época actual) el modelo de atención médica se ha modificado de acuerdo a las demandas sociales y las necesidades económicas, sin que este proceso haya sido homogéneo y sigan existiendo desigualdades e inequidades en diversas regiones del país, a pesar de que han mejorado los servicios y la infraestructura sanitaria en México.

Es en el siglo XIX, cuando se empieza a reconocer la importancia que tendrá para los países la participación estatal para atender la salud de sus habitantes, a fin de evitar presiones sociales y contar con una población sana para su desarrollo económico y social.

Conceptualmente, el derecho a la salud es un derecho natural y primario. Natural, porque tiene su origen en las leyes universales de la naturaleza, como la de conservación de las especies y por consiguiente, el hombre lo adquiere por el solo hecho de nacer y constituirse en un representante de su especie. Primario, porque forma parte de las leyes de convivencia de la sociedad de la que es miembro.

Por su origen el derecho a la salud es también un derecho típicamente consuetudinario. A lo largo de los tiempos éste derecho y sus obligaciones correlativas han evolucionado paralelamente a los conceptos de la época sobre la salud pública, según su interpretación y la cultura de los pueblos, siguiendo así los altos y bajos de cada civilización. En algunas de ellas alcanzó verdaderas expresiones jurídicas, aunque por falta de diferenciación de los que en la idiomática moderna se llama "sector salud", tales expresiones no aparecieron definitivamente como parte o motivadas por tal sector de las responsabilidades públicas. Así vemos en la penumbra de la historia los primeros antecedentes escritos en la ley de Moisés. El levítico contiene lo que fue, tal vez, el primer código de higiene escrito, que establecía una lista de responsabilidades de las personas y de la comunidad sobre higiene corporal, conducta en relación con la enfermedades, protección de los abastos de agua y alimentos, disposición de basura y excretas.

En los siglos de la Edad Media el derecho y las obligaciones concernientes a la salud pública y privada desaparecen como expresiones jurídicas y de cultura ciudadana para presentarse como una manifestación de otro derecho primario: el de defensa propia, no otra cosa significan el aislamiento y segregación de los leprosos y las posteriores cuarentenas contra la peste.

Algunas manifestaciones de este instinto primario hecho derecho subsistieron hasta el presente siglo, amparadas en el llamado "poder de policía", considerado éste como un derecho inherente de todo Estado soberano para velar por la salud y la seguridad de los ciudadanos, pasando por encima de los derechos individuales cuando emergencias o razones de imperiosa necesidad así lo exigían. De este "poder de policía" se hizo derivar "el derecho sanitario" que autorizaba a la autoridad competente a imponer "cordones sanitarios", cuarentenas, clausura de fronteras y cierres de vías de comunicación.

Otra herencia de los juristas medievales, aún con plena vigencia en nuestros días, es el principio del "noscitur ad sociis", el uso de la propiedad privada es ilimitado mientras no produzca un

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

daño a terceros. Esto tiene implicación en salud pública, sobre todo, en el terreno de la salubridad del medio.

" Del 'poder de policía' y del principio de 'noscitur ad sociis' deriva el derecho del Estado de dictar toda clases de leyes y ordenanzas sobre la salud pública, así como de firmar tratados o convenios internacionales con los mismos fines. En realidad, los llamados 'Códigos Sanitarios', aun el Código Sanitario Panamericano, son instrumentos legales de una forma de derecho administrativo aplicado a la salud pública; enumeran, definen y reglamentan derechos del Estado sobre el individuo o las personas jurídicas " (5).

México es un país que aún padece marcadas diferencias en los niveles de salud de su población, pues se presenta un contraste extremo entre la patología del hombre pobre y la del que disfruta de la abundancia.

Con esta base presento mi argumentación del por qué decidirme por una tesis sobre el sistema de salud existente en nuestro país, bajo el enfoque de la Administración Pública. Asimismo, exponer grosso modo la evolución de la práctica médica en un esquema teórico de como se componen las líneas directrices que actúan endógenamente. Ello dentro del marco conceptual que adelante se encuentra.

Para plantear objetivo e hipótesis sobre las cuales basaré el análisis, quiero partir de una pregunta expuesta en clases, la cual tomaré como punto de comparación inicial. Ella es, ¿cuál debe ser el tamaño óptimo del Estado?, es decir, si el tamaño óptimo del Estado debe ser el que le permite ser funcional. Esa pregunta quiero retomarla y cuestionar sobre ¿cuál deberá ser el tamaño óptimo de la Administración Pública en salud? . Sencillamente concluiré afirmando que, el tamaño óptimo será el que le permita ser funcional. Pero, como veremos adelante, ¿bajo qué modelo de atención?, público, privado, o mixto. Y aunque ésta podría ser una disertación de muchas hojas, para fines de la tesis, parto del postulado de que es al Estado a quien corresponde la obligación de velar por la salud de sus habitantes, recordando la definición de Heller, en la cual refiere que el Estado es una unidad organizada de acción y decisión por medio de la cual se mantiene la soberanía y la cooperación de un grupo social en un tiempo y territorio determinado. Por todo lo anterior son inherentes las funciones de dominación y dirección mediante las cuales se mantiene la estabilidad en la sociedad, es decir, la funcionalidad.

Empero, ¿cuál deberá ser la participación óptima del Estado en materia de salud, sin que ella interfiera con el mercado privado y que pueda satisfacer esa demanda sentida de la sociedad con calidad y cobertura total ?.

La tesis se compone de cuatro capítulos y las conclusiones, el primero, dedicado al marco conceptual, los tres siguientes al análisis de los modelos que consideré necesarios para la fundamentación del tema. Ellos se describen en el capítulo I cuando hablo de los enfoques de la investigación, donde consideré las diferentes variables que influyen y han influido en la

---

\* Quiero hacer un pequeño paréntesis y mencionar las palabras de Raúl Rojas, de su libro *Capitalismo y enfermedad* en relación a que él utiliza la palabra *atención médica* y no *salud*, pues el término *salud*, como se expone, es un término más amplio que involucra desde educación, alimentación idiosincrasia y otros etcéteras, con los cuales no se va a relacionar el tema de tesis, sino sólo en lo tocante a la propuesta de un sistema público único de atención médica.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

conformación de la respuesta social organizada en salud, en el periodo de tiempo sobre el que se propone desarrollar esta tesis. Esto con el fin de poder concluir sobre la viabilidad de un modelo de atención médica único.

Tanto la observancia de actitudes, como la creación de instituciones, han evolucionado al correr de los años en busca de la forma-fórmula mágica que ayude a las sociedades a prevenir la enfermedad y si esto no fuera posible, a curarla.

Los objetivos sobre los cuales se desarrolla la presente tesis son:

1. *Analizar la evolución de la enfermedad en nuestro país.*
2. *Analizar cual ha sido la respuesta administrativa estatal, ante las demandas de la sociedad, para instrumentar la política pública en materia de salud, así como la creación y evolución de los distintos organismos creados para preservarla*
3. *Con base en los resultados de los anteriores objetivos, proponer un sistema único de atención médica, así como los objetivos que deberá observar para poder atender las demandas sentidas de la población.*

Lo anteriormente descrito tiene como fin el sustentar la siguiente hipótesis:

*La integración de todos los institutos estatales que conforman el Sistema Nacional de Salud, tanto los creados para la atención a la población derechohabiente (Seguridad Social) como los dedicados a la población no derechohabiente (población abierta), en un Sistema Único de Atención Médica, será garantía de: una mayor cobertura nacional a fin de combatir la enfermedad, evitar la duplicidad de funciones y el mejor aprovechamiento de la infraestructura existente, lo cual traerá como consecuencia la elevación del nivel de salud del pueblo mexicano y un mayor aprovechamiento y mejor distribución de los recursos financieros y humanos.*

## CAPITULO I

### MARCO CONCEPTUAL

#### ✓ MARCO CONCEPTUAL

La salud pública se enfrenta a un campo de estudio complejo al abordar el fenómeno salud-enfermedad como un hecho colectivo en su doble dimensión socio-biológica, al igual que sus interpretaciones y las respuestas socialmente producidas para modificarlo, estando éstas estrechamente relacionadas tanto al desarrollo de la salud pública, como al desarrollo social. "En cada formación económico-social se generan una o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten, en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada " (6).

" Los distintos servicios de salud que existen en una sociedad no pueden ser analizados en forma global, ya que cada uno de ellos juega un papel específico, tanto desde el punto de vista macroeconómico como del macrosocial y político, atendiendo a varios autores, podemos diferenciar las siguientes clasificaciones de servicios de salud: " (7).

- ✕ Los servicios públicos pueden dividirse según varios criterios. El primero de ellos es el que se refiere a su objeto de intervención. Así, se distinguen dos grandes tipos: los servicios de salud *personales*, que suponen la atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios, y los servicios de salud *no personales*, consistentes en acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y vida.
- ✕ Otro criterio de clasificación a considerar es, el de servicios de salud públicos y privados. Sin embargo, tal dicotomía es muchas veces para explicar los mecanismos de operación y financiamiento de las acciones de salud que se llevan a cabo y las diversas modalidades que en ese sentido han asumido diferentes países del orbe.
- ✕ Milton Terris ha establecido una clasificación de la atención médica en la que divide en tres grandes tipos a los sistemas de prestación de servicios que cubren a la mayoría de la población:
  - " 1) *la asistencia pública*, dominante en la mayor parte de los países precapitalistas, con servicios semifilantropicos gubernamentales destinados a las clases populares y, en ocasiones, con programas operados por agencias de seguridad social para el proletariado industrial o la burocracia estatal;
  - 2) *el sistema de seguros de salud*, dominante en las naciones capitalistas industriales, ya sea con participación gubernamental o con esquemas de práctica privada, de carácter obligatorio o voluntario, limitado a algunos grupos de trabajadores o extendido a toda la población y;
  - 3) *los servicios nacionales de salud*, dominantes en los países socialistas, con cobertura universal de la población, acceso gratuito, personal asalariado, regionalización y con una administración unificada de los servicios de salud pública, de atención hospitalaria y de atención externa " (8).

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

La práctica privada individual y de grupo, asumida únicamente como un negocio sujeto a las leyes del mercado, no es el sistema dominante en ninguna de las tres modalidades de servicios anteriormente descritos. Si constituye, en cambio, un elemento básico que actúa en el trasfondo de muchos de los sistemas de seguridad de salud y de algunos de asistencia pública, pero como libre empresa directa no es el esquema básico de prestación de servicios para la mayor parte de la población en ningún país del mundo.

- ✕ Según Romer existen dos grandes tipos: " *un sistema directo de atención médica*, en el que los servicios son prestados por personal asalariado y en instalaciones que son elementos constitutivos de las agencias de seguridad social, en donde tanto los recursos humanos como los materiales y financieros están sujetos a control, supervisión y políticas jerárquicas, y *un sistema indirecto de seguridad social*, en el que contrata a trabajadores de salud y a instituciones independientes para que presten servicios de atención médica " (9).
- ✕ Por otro lado podemos hablar de los avances en el terreno conceptual, en el cual las condiciones para concretar las formulaciones teórico-prácticas alrededor de la salud colectiva se han restringido con la consolidación de la política y la ideología que privilegia lo individual y lo privado, subordina o rechaza lo colectivo y lo público y plantea la resolución de las necesidades humanas a través del mercado. Siendo también aquí en donde desde hace varios años se discute sobre cual debe ser el papel del Estado en la salud.
- ✕ Una corriente, que en los últimos años ha ganado adeptos, se refiere a un enfoque que rechaza la atención gratuita o pagada por los impuestos ya que la salud debiera ser parte de un sistema de recompensas, razón por la cual el más productivo económicamente debe tener mayores derechos. Los que no tienen capacidad económica deben aceptar la caridad individual ya que toda acción colectiva se equipara a un paternalismo rechazable. La libertad debe ser para seleccionar al médico y este último debe tener el derecho de poner un precio a su trabajo, pues las leyes de la oferta y la demanda serán las que regulen sus honorarios. Por último, se acepta la igualdad en relación a la aplicación de las leyes. En este caso el papel del gobierno es de regulador.
- ✕ Otra de las corrientes, que podríamos llamar *la convencional*, enfatiza que una población sana es la precondition para lograr una alta productividad, que la enfermedad es involuntaria y necesita ser atendida y que el costo debe ser compartido por la sociedad; que se debe estimular la responsabilidad social haciendo que sus miembros participen en las actividades pertinentes y compartir la responsabilidad y beneficios de manera proporcional a las necesidades sociales y a las capacidades similares de los grupos sociales. Con estos criterios ha funcionado hasta ahora el gobierno de nuestro país.
- ✕ Cabe hacer algunas consideraciones sobre la práctica privada en materia de servicios de salud, que para los efectos prácticos puede reducirse a práctica privada de la medicina. " En primer término, tras la concepción del ejercicio liberal de las profesiones de la salud, está presente un ánimo individualista que escinde la práctica profesional de las necesidades colectivas. En segundo término, se trata de un régimen de libre empresa en el que la atención para la salud se convierte en una mercancía alcanzable mediante un intercambio comercial. Hay, entonces, un utilitarismo disfrazado en el que uno de los ejes de los servicios es la ganancia. En tercer lugar, el rasgo característico es el pago de honorarios por servicios

prestados, el pago por persona incluida dentro de las listas de atención de los profesionales, lo que nuevamente nos refiere a la ganancia como eje de esta modalidad de ejercicio. Lo anterior, junto con la propiedad de los medios de producción de servicios médicos, hace de la medicina liberal una simple traducción del liberalismo económico aplicado a la medicina. Por lo demás, la práctica privada está centrada en la atención curativa y rehabilitatoria y escasamente presta servicios preventivos; la población por ella cubierta es una minoría, pues los elevados precios que la caracterizan están por encima del poder de compra de la gran masa de población y de esa manera el acceso a sus beneficios queda restringido o vedado; los recursos humanos y materiales se centran en las áreas con mayor capacidad económica y no según las necesidades regionales verdaderas, las posibilidades de educación continua de los profesionales son muy parecidas, pues el tiempo se destina a la ganancia y no a la formación y el adiestramiento en nuevas técnicas y conocimientos " (10).

Los modelos sociológicos que han influido en la interpretación de la salud pública y cuya base social es diferente, son *la teoría de consenso y la teoría de conflicto*.

- x La primera se caracteriza por una tesis conservadora, que plantea el equilibrio, la funcionalidad del orden social y particularmente de la estratificación social, así como la conservación del *status quo*. Se considera a la enfermedad como una falla en la capacidad de mantenerse bien y en la capacidad para realizar tareas socialmente valiosas (ruptura de la capacidad del organismo de realizar cursos exitosos de conducta para el logro de metas - teleonimia); como un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo (biológico, personal, social) y como una forma de respuesta a las presiones que permite eludir responsabilidades sociales. Los componentes sociales y biológicos tienen la misma importancia en la generación de la enfermedad y se proponen el estudio de la determinación a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, así como de las formas como estos factores operan en los distintos niveles de producción de la enfermedad. En esta concepción, lo social y lo biológico no se reconocen como instancias distintas con especificidad propia, sino como factores de riesgo o componentes causales que actúan en distintos niveles respecto al efecto. Es decir, no hay una reflexión sobre la naturaleza distinta de lo biológico y la social. La corriente funcionalista entiende las respuestas (médica e institucional) frente a la salud-enfermedad como un mecanicismo del sistema social para enfrentar la disfuncionalidad de la enfermedad, a través de roles institucionalizados: el rol de enfermo, el rol de paciente, el rol de médico. En esta perspectiva el sistema médico-paciente es de naturaleza no mercantil, en donde los roles recíprocos y simétricos y la terapia médica se considera como un proceso de certificación de la incapacidad, aislamiento y reparación-reactivación de la capacidad (retorno del paciente al estado de no enfermedad y a su condición para el desempeño de roles y tareas); asimismo, como un proceso de resocialización cuya función es contrarrestar las fuerzas del desvío y las tendencias antisociales.
- x *Las teorías del conflicto* plantean el cambio social como resultado de contradicciones entre los distintos grupos sociales y ubican las causas de la desigualdad en la naturaleza de las formas de producción y en la distribución de la riqueza de una sociedad. Conceptualiza a la salud-enfermedad como expresión de una compleja estructura, en donde los procesos sociales determinan y subordinan a los procesos bio-psíquicos, planteando que los orígenes de la enfermedad no se localizan en el cuerpo, sino en condiciones externas (agravantes que exacerbaban o desencadenan riesgos) e influencias amortiguadoras ( que neutralizan los

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

riesgos), en donde la enfermedad es expresión del balance negativo entre los procesos productores y los procesos de deterioro. En las respuestas médicas, se propone que las necesidades en salud, así como sus 'equivalentes', no se producen individualmente por más que su percepción y la búsqueda de respuestas para modificarlas se realicen a este nivel. Según esta corriente, la percepción/representación de las condiciones y las respuestas para transformarla, sintetizan complejos procesos de determinación económica y político - ideológica"(11).

Tenemos así dos premisas sobre las cuales podemos reflexionar en torno a la naturaleza sobre la que deberá constituirse un modelo de atención médica justo y equitativo. La primera de ellas es la conformación de la respuesta social organizada y la otra, el terreno conceptual sobre el cual deberán desarrollarse las teorías que den forma a esas instituciones. La naturaleza de la respuesta social organizada puede caracterizarse por tres diferentes esquemas, la atención pública, privada, y mixta, implicando cada una de ellas limitaciones a la intervención estatal. El terreno teórico va a estar conformado en esencia por dos diferentes posturas la que se refiere al derecho intrínseco a la salud del individuo o el derecho a la atención médica como un premio ganado de acuerdo a su capacidad productividad económica.

La presente tesis parte de la premisa de que es en el Estado sobre el que recae la responsabilidad de satisfacer a la población de los servicios de atención médica, que debe existir una filosofía en la que no se excluya a nadie por causas productivas, fisiológicas o disfuncionales y se busquen los medios, para que las políticas públicas en materia médica sean congruentes con las necesidades reales de quien las demanda. Desarrollándose, en éste marco, la propuesta de *el modelo único de atención médica*.

En el caso de México, puede decirse que existe un sistema peculiar de servicios de salud que corresponde genéricamente al esquema de la *asistencia pública* y que incluye: los servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaría de Salud, los servicios médicos de algunas dependencias e institutos estatales, un número de agencias de seguridad social que otorgan una prestación "directa" de servicios médicos y los servicios privados que atienden a los minoritarios y privilegiados núcleos de la clase media alta y la alta.

Además de los servicios de salud tradicionales o populares (curanderos, brujos, etc.), puede hablarse, para fines prácticos, de tres grandes tipos de atención profesional a la salud. En *primer lugar* el que se ajusta, en teoría, al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud. Tal es el caso de los Servicios Médicos de la Secretaría de Salud, del Departamento del Distrito Federal, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y de los hospitales e institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de un patrón mixto, público y privado, en el que por lo general tiene intervención amplia la Secretaría de Salud, tales como el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición, el Hospital Infantil de México, etc. En *segundo término*, el de las instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente tripartita o bipartita, es decir, con participaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno. Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), dependiente de la Secretaría de la Defensa Nacional. Finalmente en *tercer lugar*, los servicios de salud privados, constituidos por profesionales que trabajan en forma individual o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujeto a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa.

El acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales. Según el tipo de atención que éstas reciben puede hablarse de tres grandes grupos sociales. " El primero está constituido por la *burguesía y algunos sectores de la clase media* que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados. El segundo está formado por *trabajadores afiliados* a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes. El tercero lo integran *quienes no tienen derecho a la seguridad social* ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad, etc., es decir, la gran mayoría de la población que, parcialmente, queda cubierta por alguna institución de asistencia pública "(12).

### ✓ MARCO HISTÓRICO

Como se mencionó anteriormente, desde sus orígenes, el hombre ha vivido en una relación salud-enfermedad con la naturaleza, pasando de una concepción mágico-religiosa a una más lógico-racional, a la par de la evolución social.

Con ella la sociedad empieza a crear mecanismos sociales, como el instaurado en el siglo XVIII en Prusia, en donde se desarrolla la Ciencia del Estado (*Stattswissenschaft*) cuyos propósitos eran: 1) el conocimiento del Estado, que abarca el funcionamiento de su maquinaria política; 2) los procedimientos por los que el Estado obtuvo y acumuló dichos conocimientos. Desarrollándose con este marco, en el año de 1764, programas para organizar los servicios de salud (*Medizinischpolizei*) que incluían:

- × el registro de enfermedades por localidad y región;
- × la responsabilidad de los médicos para formar profesionales dentro de las universidades con programas homogéneos;
- × una organización administrativa para controlar la práctica médica de acuerdo a la jerarquía y con funcionarios nombrados por el Estado.

Estos programas no pretendían mantener la salud o recuperarla, sino actuar como un instrumento social, económico y político para conocer y controlar, por parte del Estado, las actividades médicas y a sus usuarios.

A partir de entonces, todos los países avanzados van tomando estas ideas y comienzan a **intervenir** cada vez más en la organización de la atención médica. La Revolución Francesa habla de que **la sociedad** es responsable de la miseria y que ésta produce enfermedades, por lo que la **atención médica** debe ser gratuita.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Recordemos que, la participación estatal en problemas de salud aumenta en el siglo XIX, pues se inician grandes obras de saneamiento, se habla constantemente de la obligación de los individuos a cuidar la salud de su familia y la propia, principalmente con base en una buena limpieza del cuerpo. También se establece que el individuo tiene derecho a enfermarse y la obligación del patrón a respetar su trabajo.

Bismarck crea la seguridad social en Alemania en 1883, durante el gobierno de Guillermo I, que con la idea de dar protección a las fuerzas armadas, implantó el seguro de enfermedad, el seguro contra accidentes, el de edad avanzada e incluso tomó en cuenta un derecho de cesantía, medidas que en la actualidad se consideran precursoras del Estado benefactor, todo esto como mecanismo político para controlar los movimientos socialistas. Así pues, la seguridad social desde su nacimiento organizado, ha sido un factor determinante para la estabilidad social en todas las naciones. Sin excepción, la garantía de asistencia médica, el apoyo en los casos de invalidez y cesantía, así como las prestaciones adicionales han contribuido a mantener la paz y la estabilidad sociales.

La satisfacción de las necesidades vitales, la provisión de satisfactores esenciales para el bienestar personal y la capacidad para responder oportunamente a las crecientes demandas de la vida moderna, son las condiciones básicas para la paz social, el desarrollo económico y progreso de los pueblos. Los gobiernos y el sector patronal nunca han puesto en duda la relación costo-efectividad tan favorables. Cuando no se puede garantizar ese nivel elemental hay convivencia desorganizada, descontento justificado y trastornos sociales.

Esta política alemana es seguida en países como Francia, Austria y Gran Bretaña en donde Lloyd George en 1909 toma a la salud como un importante tema de su campaña política, fenómeno que desde entonces se repite en todo el mundo. Sin embargo, es hasta 1942 cuando Lord Beveridge presenta su famoso Plan al Parlamento inglés para abolir las carencias y el sufrimiento de la población por medio de la reducción y control de sus causas y consecuencias. El Plan propuso una lucha contra la ignorancia, la promiscuidad, el desempleo, la enfermedad, la invalidez y la miseria; la protección de la mujer embarazada, de las personas en edad avanzada, de las viudas y huérfanos; todo por medio de programas de seguridad social, de atención médica y de rehabilitación para toda la población, sin importar edad, sexo, ingreso u ocupación. Este Plan fue discutido por un periodo de dos años comprendidos entre 1944 y 1946 hasta su aprobación.

" A partir de entonces, todos los gobiernos comenzaron a preocuparse por la salud, entendida como un derecho del hombre a mantener su buen estado bio-psico-social. Entrando así, la salud en el campo de la macroeconomía, en la cual se le conceptualiza como la causa y el efecto del desarrollo, sujetos a una severa regla de concomitancia que lleva a que se muevan juntos y en la misma dirección, debido a que no hay pueblos saludables sin desarrollo y éste no puede darse con bajos niveles de salud " (13).

Como hace referencia Cibboti, " en los países de la región latinoamericana, el Estado toma a su cargo, por ejemplo, la formación de mano de obra calificada, la educación general de la población, la generación de energía eléctrica, la producción de acero, la sanidad pecuaria, la lucha contra las enfermedades transmisibles, la explotación de recursos naturales, etc. Prácticamente no existe actividad de la vida económico-social de un país donde no estén presentes sus acciones de producción ya acumulación. Las metas de estas actividades no son

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

independientes de las metas generales del desarrollo ni de la estrategia que se adopte para acelerar el proceso de crecimiento de los países, debido a que una de las finalidades del Estado es la vigilancia de la aplicación de la política económica con el fin de garantizar el bienestar social de la población, mediante la aplicación de la política pública para orientar sus respuestas a fin de satisfacer esas necesidades " (14).

La declaración formulada en 1948 por la Asamblea General de la Naciones Unidas, afirma: "Todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y bienestar personal y de su familia, incluyendo alimento, habitación, atención médica y los servicios sociales necesarios y derecho a substituir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez y otras circunstancias fuera de control "(15).

La salud es uno de los valores fundamentales del individuo, y también lo es de la colectividad; sin una población sana es difícil obtener el desarrollo social. En la actualidad, se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino aquel estado de bienestar que se logra en un individuo o en una colectividad cuando existe la armonía de condiciones favorables de existencia biológica, psicológica y social.

Partiendo de la evolución del concepto de salud y su relación con la sociedad es como se van a instrumentar las instituciones para dar una respuesta organizada ante la enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de los países no se ha logrado el derecho a la igualdad ante la salud y la atención médica.

### ✓ ENFOQUES DE LA INVESTIGACIÓN

El proceso de mejoramiento de servicios e infraestructura sanitaria en México no ha sido homogéneo en todo el territorio nacional, reflejando diferencias regionales en la velocidad y las características del cambio no como expresión de diversidad, sino de desigualdad e inequidad.

Existen estudios que muestran que las enfermedades infecciosas y parasitarias predominan entre los miembros de las clases trabajadoras (población rural), en tanto que las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones cobran mayor importancia en las clases acomodadas (población urbana). Se ha señalado que en México existe un modelo de transición epidemiológico prolongado y polarizado.

Con el fin de evaluar los resultados obtenidos por la política pública de salud se desarrollan tres distintos análisis: La transición epidemiológica, la transición de la política pública en salud y la transición institucional, todas ellas enfocadas a las demandas sociales de atención médica.

La transición epidemiológica se ha descrito como un cambio en el perfil de salud de una población, siendo de naturaleza multifactorial y la cual implica tanto los avances de la ciencia y de la tecnología, así como de la estructura económico-social con que cuenta el país. La hipótesis planteada para este modelo es que, no ha existido una transición epidemiológica en México, sino un traslape en el patrón de morbilidad polarizándose los padecimientos crónico-degenerativos y los infecto-contagiosos debido a variables como:

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- X La Salud Pública
- X La Economía Mexicana
- X La desigualdad en México
- X La situación de la salud en México

La transición de la política pública en salud describe, cuales han sido los criterios rectores para proporcionar y acceder a los servicios de salud, los cuales, están distribuidos desigualmente, reflejándose esto, tanto en la atención a las clases sociales, como los recursos destinados a los estados que son económicamente más productivos. La instrumentación de la política pública en salud va a estar determinada por factores de presión provenientes tanto por parte de la sociedad en busca de mejores niveles de atención a la salud como por organismos y convenios internacionales que pretenden el mismo fin, siendo sus variables:

- X El origen de los servicios de salud
- X El Gasto Público en Salud
- X La Planificación en Salud
- X La respuesta social a la enfermedad
- X Evolución de las ideas en torno a la intervención estatal a fin de preservar la salud
- X Los compromisos con organismos internacionales.

El tercer análisis se enfoca en la evolución de la transición institucional, emanada por parte del Estado, pretende dar solución a las necesidades expresadas por los distintos sectores de la población. Siendo de una naturaleza dinámica, esta respuesta se institucionaliza, pero no siempre evoluciona a la par que el desarrollo social y científico. Por ello, si las instituciones públicas tienden a una naturaleza estática su existencia se verá amenazada, de no existir una evolución a la par de lo económico y social, influyendo en ellas las siguientes variables:

- X Su sistema de financiamiento
- X Las características de la población asegurada
- X La cantidad de población atendida

La delimitación del tiempo que usará en el análisis de estas tres variables son los sexenios comprendidos entre la administración del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), hasta la del presidente Carlos Salinas (1988-1994). Con la Constitución de 1917 se reconoce el derecho a la salud de los mexicanos, pero la respuesta por parte del gobierno es débil, mediante leyes, coordinaciones, un departamento y finalmente una Secretaría. Siendo durante la administración del presidente Lázaro Cárdenas donde surge la coyuntura que da comienzo a una nueva concepción de la intervención del Estado en materia de salud para satisfacer las demandas de la población.

Con motivo de la primera guerra mundial, el país va a dar un giro en su estructura social; México pasa de un modelo rural de producción a uno de industrialización. Debido a esta coyuntura, el perfil epidemiológico del país cambia y, aunque con rezagos, se transforma. Se establecen así las bases con respecto a la salud pública al considerarse a la enfermedad un impedimento contra el desarrollo. Se estipulan las metas y acciones en el primer Plan Sexenal de la administración cardenista, traduciéndose ello en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## CAPITULO II TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Si, es grave que enfermedades que estaban en franca vía de control o de erradicación aparezcan nuevamente. Esto refleja un deterioro en las instituciones del sector salud para prestar atención adecuada, suficiente y necesaria, ya que hemos denunciado en forma reiterada que ha habido carencia de medicamentos y materiales para curación en las unidades médicas. Trayendo como consecuencia que la prestación del servicio sea muy limitada e insuficiente, y que no cubra los requerimientos de los demandantes.

EL FINANCIERO, 29 Oct. 96

### ✓ LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

México es un país marcado históricamente por la desigualdad. Los grandes y pequeños rasgos que le dan especificidad a la sociedad actual y a su historia tienen en la desigualdad abismal un contexto estructural y cultural decisivo.

" Desde los inicios de la formación nacional, la economía, la política y la cultura han sido una economía, una política y una cultura de la desigualdad. Ésta, junto con la vulnerabilidad y la dependencia externas, define la magna línea de fuerza que separa al país del desarrollo nacional y social consistente y pleno. Los cambios que ha producido el desarrollo capitalista de los últimos cincuenta años, que pueden registrarse prácticamente en todas las esferas de la vida social, no se han traducido en un aminoramiento de la desigualdad socioeconómica. Esta situación se ha mantenido, tal vez ampliado, no obstante que el desarrollo económico ha tenido como marco político, constitucional e ideológico un proyecto estatal orientado, de manera explícita, por la necesidad de enfrentar y eliminar los aspectos más agresivos y estridentes, más arcaicos y menos capitalistas de la desigualdad social" (16).

Las necesidades esenciales tienen un carácter histórico social concreto. El desarrollo social de la capacidad de producción, desarrolla, a su vez, el carácter, contenido y extensión de las necesidades. En una sociedad capitalista, las necesidades del proletariado se presentan, desde el punto de vista del proceso de producción, como necesidades de producción de la fuerza de trabajo, asimismo las conquistas que la clase obrera obtiene, se reflejan en la legislación, además de ciertos elementos normativos adicionales, como las normas fisiológicas de nutrición y las características que, desde el punto de vista de la epidemiología y la medicina requieren los servicios de salud.

El sistema de necesidades esenciales de la población comprende: alimentación, educación, salud, vivienda, recreación y cultura, vestido, calzado y presentación personal, transporte y comunicaciones y otras necesidades.

Los programas de construcción de vivienda, de seguridad social y protección de la salud, de educación, de nutrición y defensa del salario, esencialmente se han organizado en función gremial y no de clase, de tal suerte que beneficiar más a quien más tiene y en menor medida o

nada a quien nada tiene y más necesita. Conforme se asciende en la escala del ingreso se tienen mejores sistemas de seguridad social y de protección a la salud. \*

---

\* " Desde la época de la colonial, principalmente en los siglos XVI y XVII, se desarrolla en la Nueva España el capital comercial y usurero, evolucionando hacia la industria, con el avance de la división social y regional del trabajo, ... Las formas de producción durante la época colonial eran el taller artesanal (rural y urbano) y el obraje. El primero era de pequeña dimensión y usaba una tecnología casi inalterable, con un número reducido de operarios.

" El obraje constituye un eslabón entre la artesanía y la maquinofactura, pero no esta en posibilidades de producir para mercados internacionales como la industrial mecanizada... (p.89) Después de la guerra de independencia se inicia en México el proceso de industrialización en la rama textil y comienza a incrementarse el incipiente proletariado... (p.92)

" Las condiciones eran sumamente adversas para el trabajador ya que laboraba por lo regular más de 12 horas diarias; el descanso semanal y los días festivos no se remuneraban si no se trabajaban. Los patrones no tenían responsabilidad alguna en caso de accidentes de trabajo o enfermedad, ni tampoco en caso de vejez o por jubilación debido a la incapacidad para conseguir trabajo; además, el trabajador corría el riesgo de ser despedido sin justificación alguna y sin que se le indemnizara. El estado tenía por principio no intervenir en las relaciones obrero-patronales ya que ello iría contra la doctrina del liberalismo... (p.95)

" La lucha de la clase obrera, aislada en un principio, se empieza a organizar a través de asociaciones que muestran la influencia del movimiento mutualista que se inició en 1835 con la organización de la Sociedad Particular de Socorros Mutuos, dedicada a dar protección a los artesanos, y permitiendo cierto mejoramiento en las condiciones de vida de dicha población. Estas, en cierta medida, eran formas organizativas de defensa de los intereses de los artesanos, como lo habían sido los gremios en la época de la colonia y hasta la década de los 50 en el siglo XIX, cuando fueron disueltos al promulgarse el decreto del 25 de junio de 1856, y más tarde la constitución de 1857 y las leyes de reforma... (p.103)

" Durante la década de 1870 surgieron organizaciones que buscaban agrupar a una serie de mutualidades. Como en el caso del Gran Círculo de Obreros de México, fundado el 16 de septiembre de 1872 y con el cual termina el movimiento laboral mutualista. Contando hasta 1874, con veinte filiales en varios estados de la república y no menos de ocho mil asociados, en su mayor parte artesanos y obreros de hilados y tejidos... (p.104) Después de 1880, el estancamiento del Gran Círculo estuvo determinado, entre otras cosas, por la posición asumida por el gobierno de Porfirio Díaz que con el fin de garantizar las inversiones extranjeras para el crecimiento económico del país, persiguió a este movimiento... (p.110)

" Organizándose hacia 1900 en la Gran Círculo de Obre-os Libre y bajo la ideología anarquista logrando esos esfuerzos cristalizar sus ideales con la fundación del Partido Liberal México y en cuyo programa de trabajo hacen referencia a los derechos de los patrones para con los obreros, (1906) siendo once años después, que esos punto de programa del PLM son recogidos por el artículo 123 de la constitución consagrando los derechos de los asalariados y creándose el marco legal para la expedición de la Ley Federal del Trabajo (1931) y la Ley del Seguro Social (1943) ".

Rojas, Raúl, CAPITALISMO Y ENFERMEDAD Ed. Folios, México D.F. 1982.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

También ahonda en la desigualdad la falta de armonía que existe en los esfuerzos de los programas y las instituciones que tienen como propósito elevar el bienestar. \* Parte de la explicación de que se tengan recurrentes campañas de alfabetización (desde lo años veintes) es que resulta difícil tener éxito si junto a ellas no hay esfuerzos, similares o por lo menos concurrentes, en otros aspectos de bienestar como son la salud, la alimentación y la vivienda.

El actual Sistema Nacional de Salud se integra por dos sectores: a) el sector público, al que pertenecen las instituciones que prestan servicios de atención médica y salud pública a toda población, las agencias de seguridad social y los servicios de las entidades federativas y de asistencia social y b) el servicio privado.

El sector público está conformado por una serie de instituciones que proveen servicios médicos, (S. S., S. M. D. D. F., I. M. S. S. - Solidaridad) de asistencia social (D. I. F., I. N. S. E. N., Centros de Integración Juvenil) y de Seguridad Social en distintas formas de aplicación, de financiamiento y grupos beneficiados (I. M. S. S., I. S. S. S. T. E., I. S. S. F. A. M., S. S. MARINA, S. S. PEMEX).

El sector privado se compone por un conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades para la atención a la salud con propiedades particulares, concurriendo en este sector pretensiones altruistas y de lucro.

En materia de salud no hay ninguna forma de acceso predominante a lo largo de todas las clases sociales, pero la que puede cubrir a un mayor número de personas es la forma no mercantil de transferencias (seguridad, asistencia y solidaridad sociales). Las formas de acceso a los servicios de salud y a los productos terapéuticos tienen una amplia gama.

Fundamentados jurídica - administrativamente, en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, *los servicios de atención masiva o no personales* (salud pública) incluyen actividades como vigilancia epidemiológica; prevención de accidentes; control y

---

\* \* La mayoría de los análisis nacionales sobre salud y seguridad social hacen una revisión muy fragmentada y simplificadora de los recursos financieros con los que cuentan las instituciones públicas destinadas a tales fines. Tanto los documentos y planes oficiales como los escasos trabajos de investigación sobre este asunto adolecen de un mal común: únicamente toman a los recursos financieros como la mayor o menor posibilidad de sufragar los gastos de las instituciones sin pasar nunca a hacer consideraciones sobre su naturaleza macroeconómica ni sobre el papel que, como parte del gasto público, juegan en la orientación de la política económica del Estado en su conjunto.

\* Particularmente en las economías capitalistas dependientes las épocas de crisis inciden importantemente en los distintos renglones del bienestar social. Es en estas circunstancias que cobra gran importancia la orientación de la política económica en sus capítulos de gasto social. El papel de instrumento rector u orientador de la economía que puede tener el gasto público en el caso de un Estado con amplios márgenes de intervención económico y social, alcanza también las áreas de la salud y la seguridad social. Las políticas generales del Estado tienen una expresión concreta, ya no sólo propositiva, al momento de traducirse en recursos que permitan echar a andar los programas existentes y que hagan posible dinamizar y expandir la esfera de influencia de los servicios que se requieren o se deben proporcionar. "

López, Daniel, LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO Ed. Siglo XXI, México 1984.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

regulación de aire, agua, alimentos, bebidas, basura y medicamentos, y educación para la salud. A ellos, por su naturaleza altamente socializada, todas las clases sociales tienen acceso predominantemente a través de transferencias públicas. Sin embargo, el desarrollo de estos servicios ha sido muy precario en el país.

En tanto que, la población tiene acceso a los *servicios personales de salud* por las tres formas básicas: *autoproducción (autoatención), mercantil y transferencias*.<sup>\*</sup> Los remedios caseros y la automedicación son expresiones de la primera. En términos generales, estas formas están más presentes entre los trabajadores agrícolas, los trabajadores urbanos marginados, los campesinos, artesanos y prestadores de servicios por cuenta propia. Sin embargo, también se prestan -con importancia secundaria- en otras clases sociales. Algunas modalidades de medicina tradicional pueden clasificarse también en este rubro como autoproducción colectiva. Éste es el caso cuando en el seno de una comunidad las funciones del curandero están integradas en el marco de las relaciones de reciprocidad. En la automedicación, el acceso a los fármacos cobra carácter mercantil. En la medicación legal, el servicio es gratuito pero, en el caso del boticario, conlleva el interés en el lucro que, en la venta del medicamento, éste obtiene.

La forma mercantil de acceso a los servicios de salud está asociada al ejercicio de la profesión liberal del médico. A la preparación de este tipo de médico están orientadas, todavía, las escuelas de medicina del país a pesar de que, en la práctica y como resultado del desarrollo de la medicina socializada, la mayor parte de los galenos son asalariados o tienen una práctica mixta. La medicina privada en México se mantiene dentro de un esquema de funcionamiento en el que la práctica hospitalaria privada gira en torno del médico externo que ejerce libremente su profesión. En esta forma mercantil se incluyen también la medicina tradicional no considerada arriba y las medicinas paralelas (homeopatía, quiropráctica, etc.) Para la mayor parte de las clases sociales la vía mercantil sigue siendo predominante. Al parecer, las excepciones son los trabajadores urbanos no marginados, para los cuales la forma de acceso predominante es la de transferencias, y algunos productores mercantiles simples que tienen acceso predominante vía la autoatención.

---

\* La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados Coplamar, en su libro *Necesidades Esenciales de los Mexicanos*, distingue cuatro formas generales de acceso a los servicios médicos; a) *Autoproducción*, en la cual el o los individuos producen y utilizan directamente el servicio sin la intermediación del mercado; b) *Tipo mercantil*, en la cual los satisfactores se adquieren en el mercado; c) *Transferencias institucionales públicas*, en las cuales el usuario o consumidor adquiere los bienes o servicios en una institución pública con diversas modalidades de pago; d) *Transferencias institucionales privadas*, con formas de pago diferentes de la transacción mercantil.

**Esta clasificación se basa en la forma o modalidad de pago y si éste cubre total o parcialmente el costo del servicio. Así en el caso de la autoproducción no existe, por definición, pago alguno por el servicio. En el tipo mercantil la forma de pago se ajusta a las normas del mercado; existen varios subtipos de esta modalidad, según el grado de regulación de la ganancia. Las transferencias institucionales públicas se subclasifican de acuerdo con la presencia o ausencia de pago y, en el primer caso, si el pago tiene forma de cuota fija que da derecho al servicio o de pago específico por servicio recibido. En todos los casos, sin embargo, el pago realizado es menor al costo del servicio. Las transferencias privadas se han clasificado según su origen jurídico en transferencias privadas por derecho, transferencias privadas por contrato de trabajo o transferencias de beneficencia, pudiendo acceder la población a uno o varios tipos e incluso subtipos de acceso.**

Las transferencias comprenden las privadas, públicas y mixtas. Las más importantes son estas últimas, entre las que se ubica el IMSS con su régimen tripartita de financiamiento. En segundo lugar están las transferencias públicas de instituciones abiertas (SSA, DIF, IMSS - COPLAMAR, Servicios Médicos del DDF etc.) y de instituciones cerradas como el ISSSTE, ISSFAM, Servicios Médicos de PEMEX, etc. Por último, se encuentran las transferencias privadas de instituciones de beneficencia (Cruz Roja, etc.) y de las empresas privadas que proporcionan servicios médicos a sus empleados y obreros contratando los servicios de clínicas y hospitales privados. La mayor parte de estas transferencias no incluyen la totalidad del costo del servicio puesto que el beneficiario debe pagar o bien una cuota fija (seguridad social) o una cuota de recuperación según su capacidad de pago (asistencia social). Uno de los pocos servicios en que el beneficiario no tiene que hacer pago monetario alguno es el de solidaridad social, conocido hasta hace poco como IMSS-COPLAMAR " (17) .

En la Constitución se incorporó en febrero de 1983, el derecho de la población a la protección de la salud. El texto hace referencia a los servicios no personales de salud bajo el nombre de salubridad general, pero sólo para referirse a la concurrencia entre la federación y las entidades federativas. Sin embargo, el Código Sanitario, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Federal de Protección al Ambiente y algunas de las disposiciones reglamentarias establecen normas al respecto, a pesar de su insuficiencia se cumplen en escasa medida. Los problemas que debieran resolverse mediante estos servicios (contaminación, epidemias, desconocimiento de hábitos higiénicos, control de agua y alimentos, etc.) afectan más a la población marginada, por lo cual la escasa prioridad que se les otorga no es neutral en términos sociales.

" la respuesta socialmente organizada de nuestro país es un modelo dominante de acciones curativas y, en ocasiones, rehabilitatorias que resultan onerosas y hasta cierto punto ineficaces para la salud colectiva, a mas de ser dependientes de la industria farmacéutica, de la de equipo médico y de la de construcción de hospitales. Por si fuera poco, se caracteriza por sus altos costos de operación y de inversión " (18).

## ✓ TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La transición epidemiológica es un término que fue acuñado en los años setenta por Omran, investigador de origen egipcio que era profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte. La Transición epidemiológica se refiere a los procesos de cambio, en el largo plazo, que siguen los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte de una población.

En el análisis de los fenómenos de salud en las poblaciones hay dos grandes grupos de objetos a estudiar, las condiciones de salud de la población y la respuesta social organizada a esas condiciones. La transición epidemiológica es el cambio en el primero de esos dos fenómenos. Podemos pensar que también se da una transición en el segundo objeto de análisis, es decir, en la respuesta social que se articula a través del sistema de salud, a esto le podemos llamar la transición de la atención a la salud, cómo responde el sistema de salud a la transición epidemiológica y establece un cambio en su forma de organizarse, de financiarse o de proporcionar los servicios.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

La transición epidemiológica se refiere estrictamente a las condiciones de salud, independientemente de cuál sea el papel que tenga el sistema de salud y comprende cuatro grandes patrones de cambio:

El *primero* es la estructura por causas de la mortalidad  
el *segundo* es la estructura por edades de mortalidad  
el *tercero* es el peso relativo que tienen la mortalidad y la morbilidad al definir la situación de salud de una población y  
el *cuarto* es el cambio en el significado social de la enfermedad.

Como se ha mencionado, el cambio del patrón de salud, enfermedad y muerte de una población está estrechamente relacionado con la transformación demográfica, económica, social y cultural que caracteriza al desarrollo de la sociedad. La transición epidemiológica, como se ha denominado a este proceso, es de naturaleza multifactorial y en ella también se reflejan los avances de la ciencia y de la tecnología.

La transición epidemiológica se ha descrito como un cambio en el perfil de salud de una población, ésta se caracteriza esencialmente por un desplazamiento de las enfermedades infecto-contagiosas por los padecimientos crónicos-degenerativos y las lesiones como principales causas de muerte. Sin embargo, cada país experimenta esta transición de manera distinta, no sólo en la velocidad de los cambios, sino también en la composición del patrón de salud, enfermedad y mortalidad que se va configurando a través del tiempo.

En México ha ocurrido un cambio en el perfil de mortalidad de la población, sin que esto implique que se hayan abatido los padecimientos que caracterizan a la etapa pretransicional. No ha habido un desplazamiento, sino un traslape en el patrón de morbilidad: ha aumentado la proporción de muertes por padecimientos crónicos-degenerativos, pero no ha disminuido la importancia de las enfermedades infecciosas.

Es por ello que existe una polarización epidemiológica, en la cual la población rural mantiene esquemas de morbilidad y mortalidad donde la desnutrición y las infecciones son comunes, mientras que las defunciones debidas a enfermedades crónicas y lesiones cobran cada vez más importancia en las zonas urbanas. Se ha señalado que en México existe un modelo de transición epidemiológica prolongado y polarizado.

Uno de los propósitos de la epidemiología es proveer los datos esenciales para la planeación, implementación y evaluación de los servicios de salud para prevención, control y tratamiento de enfermedades y definición de prioridades.

En la mayoría de los estados de México predomina la población mestiza que habla español; empero, la composición étnica-lingüística no se distribuye uniformemente en nuestro territorio: en la región norte se concentra el 1.6% de la población del país, que habla en dialectos indígenas (monolingües); en la región del centro, el 16.9%; en la región sureste, el 81.3%; y en la región Ciudad de México el 0.2%. Han sobrevivido numerosas lenguas indígenas, pero lamentablemente también ha colocado a quienes las hablan en un plano de inferioridad social y económica. En general, existe una pobre infraestructura sanitaria y de servicios en las poblaciones rurales, sobre todo indígena, debido al aislamiento en que se encuentran.

México ha pasado a ser un país predominantemente urbano, con una población mayoritariamente alfabetizada y ocupada en el sector de servicios; sin embargo, el cambio no ha sido homogéneo en todas las entidades de la federación. Estos cambios han sido más acentuados en la región norte del país y menos en la región sureste. La transición demográfica y económica se desliza lentamente de norte a sur como un nuevo telón de fondo de la transición epidemiológica.

El patrón de cambio que vemos en nuestro país es bastante diferente al que vivieron los países actualmente industrializados, es un patrón mucho más complejo. Después de varios análisis de cómo han evolucionado los perfiles de salud y de enfermedad en México, se concluye que el modelo de transición que caracteriza a México es polarizado y prolongado, teniendo éste modelo cuatro características centrales.

- ✕ En primer lugar existe un notable traslape entre los diferentes momentos de la transición. Durante un periodo relativamente largo han coexistido niveles altos tanto de la patología pre transicional, como son las infecciones comunes, como de patología post-transicional, como son las enfermedades del corazón o los tumores malignos. El patrón de cambio no es de sustitución, donde se resuelven los viejos problemas y los sustituyen nuevos, sino es un patrón de yuxtaposición, es decir, coexisten enfermedades infecciosas junto con las enfermedades emergentes.
- ✕ La segunda es la que llamamos las contra-transiciones. No es un movimiento unidireccional, continuamente reaparecen enfermedades infecciosas que ya estaban controladas, como el cólera, el paludismo o el dengue, y desde luego aparecen nuevas enfermedades infecciosas como es el sida.
- ✕ La tercera es la prolongación de la transición. La yuxtaposición hace poco claro cuáles son los problemas dominantes. El profundo rezago, determinado por las infecciones, la desnutrición y los problemas ligados a la reproducción y a la salud materna, coexiste con los problemas emergente, que son las enfermedades no transmisibles y las lesiones.
- ✕ La cuarta es la polarización epidemiológica. Esto significa que hay una gran desigualdad entre distintas regiones del país. Algunas de ellas están sufriendo todavía grandes cargas de enfermedades debidas a infecciones comunes, mientras otras ya están experimentando fundamentalmente enfermedades no transmisibles. La desigualdad no sólo es cuantitativa, que los pobres enfermen o mueran más que los ricos, sino que es cualitativa: los pobres, sobre todo del medio rural, se enferman y se mueren por causas diferente, que típicamente podrían ser prevenibles con la tecnología disponible. Se trata de un problema serio de equidad.

La transición es un proceso multifactorial, existiendo, tres grandes mecanismos por los cuales ocurre:

- ✕ El primero es el cambio en la estructura por edades de la población como una función del descenso de la fecundidad.
- ✕ El segundo, es el cambio en los factores de riesgo, asociados a la urbanización y a los cambios en los estilos de vida.
- ✕ El tercero es el cambio tecnológico que opera a varios niveles.

Sin el mejoramiento de las condiciones sociales y en la calidad de vida y sin avances tecnológicos no puede haber mejoramiento en la salud. La calidad de vida está determinada por la mejor alimentación, mejor vivienda y mayor escolaridad (la variable que mejor predice la situación de salud de un niño es el grado de escolaridad de la madre).

Otro aspecto sobre la transición epidemiológica, tiene que ver con la igualdad en el acceso a los servicios. No todos los mexicanos tienen las mismas condiciones de salud de quienes habitan en las áreas metropolitanas. Hay mexicanos, como los de Chiapas, que tienen condiciones de salud de extrema pobreza y en donde existen enfermedades que solamente se registran en las áreas geográficas de los desposeídos.

Subsiste la desigualdad, sin embargo, habrá que reconocer los logros obtenidos por el Sistema Nacional de Salud en los últimos años en relación a la erradicación de algunas enfermedades transmisibles. Si bien las condiciones de salud son el resultado de la mejoría de las condiciones socioeconómicas, los servicios de salud pueden ser un factor muy importante para acelerar el proceso de la transición epidemiológica para afrontar las enfermedades casi erradicadas como el cólera, las nuevas como el sida y las permanentes como la cirrosis.

Es muy importante incrementar la esperanza de vida, pero tan importante como esto, es el incrementar la calidad de ella. Esta mejoría depende de varios factores, interviniendo los servicios de salud y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud, la formación de recursos humanos, la situación económica del país pues, grandes grupos sociales como es el de los jubilados, que en su mayoría tienen pensiones bajas pasan a ser desposeídos económica y socialmente.

La transición epidemiológica consiste en el gradual recambio de los factores de riesgo y de la mortalidad, desde un escenario caracterizado predominantemente por la mortalidad infecciosa y contagiosa, que afecta esencialmente a los infantes, hacia una, en que adquieren mayor peso relativo las enfermedades crónicas y degenerativas, estas últimas entre las personas de edad media o avanzada.

Las variables que influyen en la transición son :

El multiplicador demográfico, el cual refleja el comportamiento de las variables demográficas clásicas: la mortalidad y la fecundidad y su incidencia en la estructuración de las pirámides poblacionales. (como influye la creciente proporción de personas de edad avanzada con respecto a las personas jóvenes)

La esperanza de vida -el número de años promedio que un recién nacido espera vivir en función de las condiciones ambientales y sanitarias, prevalecientes. En 1994 la esperanza de vida promedio para un mexicano recién nacido es de 70 años (73.4 años para las mujeres y 67.5 años para los hombres). Hace 65 años, en 1930 la esperanza de vida promedio en México era de 35. La variable más determinante de el cambio en la esperanza de vida es la mortalidad infantil, porque es el punto más crítico de la sobrevivencia. En 1930, la tasa de mortalidad infantil era de 190 por 1000; hoy en día es de 30 por 1000.

Los Años de Vida Saludables Perdidos o AVISA, el cual combina las pérdidas de salud por mortalidad con las pérdidas de salud por discapacidad, ellos dan una métrica común para

medir las pérdidas de salud por todas la causas y todas las edades. Al ser en nuestro país un problema sin antecedentes se requerirá de reformas institucionales y sectoriales las cuales equilibren la diferencia de años perdidos entre los diversos estados \* (19).

## ✓ SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Nuestro país tiene una superficie de 1 958 201 Km.<sup>2</sup> y cuenta con 10 143 Km. de litorales. El 46% del territorio tiene una altitud menor a los 900 metro sobre el nivel del mar, el 42% entre 901 y 1 200 metros, y el resto por encima de esa última cifra. El país se encuentra ubicado entre los 18 y los 35 grados de latitud norte. Por sus caracteres geológicos tiene una intensa acción sismológica y volcánica que se traduce en frecuentes desastres naturales.

En el país se puede identificar una amplia variedad de climas, con predominio de los áridos y extremos en el norte y del tropical en el sur. El régimen de lluvias presenta un mayor índice en verano, época en la que por su intensidad, produce inundaciones que contribuyen periódicamente a otro tipo de desastres naturales.

Estas características geográficas y climáticas determinan la distribución de las actividades económicas, políticas y culturales y, por tanto, de la salud y enfermedad en el país. Predominando la flora y la fauna transmisora principalmente en la mitad sur del país.

Un diagnóstico no puede sustentarse sólo en la mera descripción de los daños a la salud, sino que es menester poseer información sobre los elementos que condicionan o determinan la aparición, desarrollo y distribución de la enfermedad, invalidez o la muerte, representados por los caracteres del ambiente que rodea a la población.

El medio en el cual los individuos y los grupos interactúan en el transcurso de sus vidas y en el que manifiestan sus acciones, es un todo único en el que, para fines de estudio, se reconocen dos grandes apartados: el ambiente natural y el social.

---

\* " Los años de vida perdidos por lesiones y accidentes, son menos de un año, en todas las entidades y no hay grandes diferencias entre ellas. Las enfermedades crónicas y degenerativas son las que más años de vida quitan a la población, entre 8 y 9 años, pero tampoco aquí hay diferencias que sean muy significativas entre las entidades federativas. La diferencia más notable entre la mortalidad del D.F. y de Nuevo León frente a la de Oaxaca y Chiapas es justamente la que se desprende de las enfermedades transmisibles. Mientras que los años de vida perdidos por estas enfermedades en Nuevo León y el D.F. es de año y medio, en Chiapas y en Oaxaca es de 6 años. Este es un factor crítico de la transición epidemiológica, la desigual distribución de la mortalidad por causas en el territorio nacional o de los factores de riesgo que están detrás de ésta.

" La mortalidad por enfermedades infecciosas, paradójicamente las más fáciles de atender, es en donde se observan las diferencias. Estos resultados hablan de un rezago en las políticas públicas para hacer frente a las enfermedades infecciosas que afectan principalmente a los menores de 5 años "

## **AMBIENTE NATURAL**

El ambiente natural comprende los caracteres físicos y biológicos derivados de la geografía: latitud, altitud, orografía, hidrografía y naturaleza geológica y, en consecuencia, el clima: temperatura, humedad relativa, velocidad del viento, régimen de lluvias, movimiento del aire, etc.

El ambiente natural influye en la actividad del hombre y en su salud, las condiciones geográficas y climáticas determinan el tipo y distribución de la flora y fauna, incluso de aquella potencialmente nociva para la salud por ser agentes patógenos directos: bacterias, parásitos, virus, hongos, alérgenos, animales ponzoñosos; vectores: mosquitos, moscas, fomites, o reservorios: zoonosis, fuentes infecciosas.

De las condiciones de la vivienda, de los sitios de reunión y del tipo de transporte, depende también la protección contra infecciones, accidente y daños a la salud mental.

### **Demografía y salud**

Los distintos aspectos de la estructura y la dinámica de la población que afectan a la salud requieren ser revisados en forma particular. (la población actual de México está integrada, principalmente, por los grandes elementos: las razas indígenas, la blanca y la mestiza, y por ligeras trazas de asiáticos y negros. Contando con 53 etnias, ubicadas en todo su territorio, representando del 5 al 12% de la población total del país).

Otra particularidad activa y creciente es el proceso de urbanización que se ha incrementado en las últimas décadas, como efecto directo de las condiciones económicas del país. Esto ha sido motivado por la transferencia de la fuerza laboral agrícola hacia las actividades secundarias y terciarias. El éxodo rural urbano es de familias principalmente jóvenes, lo que ha sido determinante para la ubicación de recursos. En 1960, por primera vez en la historia, la población de las ciudades superó a la del campo y de acuerdo al censo de 1990, actualmente más de las dos terceras partes de la población vive en ciudades.

Constituyendo esto el escenario humano en el que acontecen los fenómenos de salud-enfermedad y determinan, en cierta medida, las formas de organización sanitario-asistencial que se adoptan en una sociedad determinada.

" El primer punto relevante de los problemas demográficos es la distribución urbano-rural de los habitantes y los centros de población, que da origen a un problema simultáneo de dispersión y concentración. El segundo punto significativo para la salud es el incremento demográfico. El tercer factor de importancia, que sirve para conjugarse con los dos anteriores y obtener un perfil demográfico de utilidad para explicarnos la situación de salud es la estructura de la población " (20).

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

El Banco de México nos presenta el siguiente cuadro \* :

INDICADORES DEMOGRAFICOS	
Natalidad general x 1,000 hab.	28
Mortalidad general x 1,000 hab.	5
Fecundidad global	3.2
Porcentaje de crecimiento anual de población *	2.0
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años	51

En tanto que INEGI presenta los siguientes datos \* \* :

CRECIMIENTO DE LA POBLACION Y SU DISTRIBUCION EN EL AREA URBANA Y RURAL			
Año	Total de Población	Población Urbana	Población Rural
1940	19,650,000	350.1	64.9
1950	25,791,000	42.6	57.4
1960	34,923,100	50.7	49.3
1970	50,694,600	58.7	41.3
1980	66,846,800	66.3	33.7
1990	81,250,000	71.3	28.7

### La contaminación ambiental

México ha sufrido serios cambios respecto al ambiente físico en el que vive y trabaja la clase proletaria, los procesos desordenados de industrialización, erosión, desertificación, urbanización y migración han ocasionado fuertes daños al ambiente físico, sobre todo en el medio urbano, donde se concentra la mayoría de la población (en la ciudad de México y la zona metropolitana, Monterrey y Guadalajara en donde se ubica cerca del 25% de la población del país).

La presencia de industrias altamente contaminantes en esas grandes ciudades, el excesivo número de vehículos, el inadecuado tratamiento de la basura, el ruido que rebasa los límites permitidos y la falta de una política adecuada que haga frente al problema de la contaminación ambiental, han ocasionado el deterioro del medio ambiente a tal grado que las zonas verdes se han reducido considerablemente y la polución atmosférica se ha convertido en un serio problema que perjudica directamente la salud de la población urbana al aumentar las enfermedades de las vías respiratorias, los problemas oftalmológicos y auditivos, neuralgias, etc.

El uso irracional del agua como medio de transporte de desechos, los sistemas de drenaje de tipo mixto, para aguas negras y pluviales, el mar, como receptor final de los afluentes deteriorados se convierten en una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Lo

\* 1980 - 1991 Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial; Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS. p. 31

\*\* Fuente: Información prioritaria en salud. Consejo asesor en epidemiología, 1990 y 1991, XI CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA, INEGI. 1990

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

anterior no puede ser resuelto por problemas jurídicos, administrativos y por la carencia de programas de acción.

Los mayores efectos de la contaminación ambiental recaen en la clase trabajadora que vive y labora en zonas por lo general contaminadas, y que no dispone de los medios necesarios para hacer frente a este problema como puede hacerlo la burguesía y algunas capas medias de la población (salir cada fin de semana al campo, contar con aire acondicionado, disponer de áreas verdes, atención médica oportuna, etc.).

Un contaminante es cualquier elemento, sustancia, organismo o energía que, en cantidad suficiente, en el lugar inadecuado, es capaz de provocar efectos nocivos al hombre o a sus recursos, clasificándose la contaminación según el medio (agua, aire, suelo) o según el estado físico (sólido, líquido o gaseoso), y dentro de cada uno de ellos según el tipo de contaminante :

- X elementos naturales: temperatura, humedad, luz, viento, presión atmosférica
- X elementos biológicos: polen, virus, bacterias y hongos
- X elementos químicos: azufre, carbón, nitrógeno, etc.

" En cuanto a la contaminación de los suelos deben distinguirse la producida por los plaguicidas, por irrigación con aguas negras no tratadas, por desechos industriales, por basura de origen doméstico y por desechos orgánicos. La contaminación representada por las heces fecales del hombre y de los animales -omnipresente en zonas urbanas, cinturones de miseria, semiurbanas y rurales- que es cualitativamente la que más impacta a la salud, debido al riesgo que manifiesta desde el punto de vista epidemiológico, y junto con la contaminación del agua. Referente a la fauna nociva, cabe mencionar que en México existen condiciones favorables para la existencia de una gran cantidad de especies causantes de enfermedades endémicas, como el paludismo y la oncosercosis y de un sin número de molestias sanitarias; tales son los casos de la mosca, potencialmente nociva y contaminante " (21).

### **AMBIENTE SOCIAL**

El ambiente social está determinado por las actividades humanas: económicas, sociales, políticas, culturales y religiosas. Los componentes naturales y sociales son compartidos con los microambientes en los que el hombre vive y convive: hábitat, lugares de reunión -trabajo, estudio, recreación y deporte-, medio de transporte entre otros.

El papel social también desempeña una función importante en el origen, presencia y cambios de la salud y la enfermedad, sea como agente causal inmediato (desnutrición proteínico-calórica, neurosis, drogadicción) o mediato (enfermedades infecciosas, accidentes). Por ello, consideré como variables de el ambiente social a la economía mexicana, el desempleo, la nutrición, la vivienda, la educación y la cultura.

### **La economía Mexicana**

Las características del desarrollo económico y sus repercusiones en los distintos órdenes de la vida social de nuestro país encuentran su explicación en el modelo de desarrollo que ha seguido a partir fundamentalmente de la década de 1940, en que se inicia el proceso de industrialización que permitirá la sustitución de importaciones, aprovechando la coyuntura de la segunda guerra

mundial. A partir de entonces, el desarrollo de la economía mexicana, al formar parte del sistema capitalista mundial y por determinadas circunstancias históricas, ha adquirido una configuración especial, como sucede con el resto de las economías latinoamericanas: la de ser una economía capitalista dependiente.

Esta situación ha sido impuesta por las economías hegemónicas (centrales) para reproducir y mantener las relaciones de dominación y explotación de unos países sobre otros, primero mediante la fuerza de las armas (época colonial) y después empleando otras formas más sutiles de dominación: a través de las inversiones y de la tecnología, las presiones que ejercen los organismos internacionales de crédito y la injerencia en asuntos políticos, entre otras.

Debido a las crisis de los años sesentas y setentas y a la poca funcionalidad de los programas económicos heterodoxos de estabilidad y ortodoxos de ajuste, en los ochentas, la economía mexicana adopta la política neoliberal la cual se propone como un cuerpo integral para resolver la crisis y regular el crecimiento económico en el largo plazo, siendo la reflexión teórica dominante la inflación que aqueja al capitalismo.

Elegir la inflación como el enemigo principal del neoliberalismo, obedece a razones políticas más o menos evidentes, permite articular en el terreno de la política económica, el diagnóstico central, que dicha doctrina ha elaborado respecto de los males fundamentales del capitalismo de hoy, funcionando como un elemento maestro para configurar una férrea cohesión entre la economía y la política.

De acuerdo con el diagnóstico neoclásico, la inflación, sólo puede combatirse restituyendo los equilibrios básicos en y entre la oferta y la demanda, que la dilatación estatal y la indisciplina laboral han deteriorado. A la insistencia en el exceso de demanda producido por un gasto público desproporcionado, se ha agregado en la concepción neoclásica el descubrimiento de la inflación de los costos, que siempre terminan por restringir a los salarios. Por lo tanto, hay que reducir la demanda global y los costos atacando los elementos antinaturales que han contribuido a incrementarlos: el gasto público y una fuerza de trabajo que observa un comportamiento monopólico que, además, tiene muy poco de económico y mucho de político.

En materia de gasto público se pone énfasis en la reducción del gasto improductivo, comúnmente identificado con el que se destina a los servicios colectivos, en particular el *bienestar social* y aquel que puede alterar más o menos inmediatamente la libre operación del mercado de trabajo, como la *seguridad social* y los subsidios al desempleo. Aparte de los efectos directos que una reducción en el gasto público traería sobre el déficit fiscal, se suele argumentar que hacer más difícil el acceso al consumo colectivo traerá consigo un nuevo despertar del esfuerzo individual, adormecido por más de veinte años de "Estado benefactor". En todo caso, se afirma que esos servicios sociales, junto con otras actividades, pueden ser proporcionados por la empresa privada que, además de hacerlo en condiciones de mayor eficiencia, propiciaría una mayor libertad individual.

" En los últimos años, la argumentación neoliberal sobre el gasto estatal se ha hecho extensiva al **gasto que llevan a cabo las empresas públicas, sobre todo cuando aparece como deficitario desde un punto de vista contable. Frente a ello, se pone el acento en la necesidad de hacer más eficientes a dichas empresas a través de su privatización y de la implantación de métodos estrictos de racionalización que casi siempre se centran en la política salarial y de empleo de**

tales empresas. Otras medidas como la de aumentar los precios y tarifas de los bienes y servicios que el sector público produce, o bien son siempre propuestas por considerarlas inflacionarias o se condicionan a que el Estado y sus empresas asuman el llamado principio de subsidiariedad como piedra angular de su estrategia económica: de acuerdo con él, aparte de proceder a la máxima privatización posible, debería someterse a las empresas públicas que sobrevivan a un control permanente y riguroso con el fin de que su evolución no afectaran, alterándola negativamente, la vocación esencialmente estabilizadora del sector empresarial privado que orienta su acción por las señales del mercado. Ya sea que se incluya o no a la empresa pública productiva, el discurso neoliberal insiste en que el Estado debe circunscribir su acción a establecer las condiciones más generales que hagan posible la expansión de la economía. De aquí el énfasis en la política monetaria sobre la fiscal.

" Ni los países ricos ni en los países pobres la política neoliberal contra la inflación ha alcanzado sus objetivos declarados " (22). "

Más aún, la situación de México y del resto de los países latinoamericanos se deteriora cada vez más como resultado de la dependencia económica que tiene con respecto al capitalismo internacional, concretamente con Estados Unidos que, por diversas circunstancias históricas y

#### \* LA MEDICIÓN DE LA POBREZA

" Se coincide en señalar tres métodos básicos que coadyuvan en la estimación y determinación del perfil de la pobreza:

- " Método de necesidades básicas insatisfechas establece diferentes niveles de pobreza en función de las carencias que presenta un hogar, utilizándose por ejemplo: i) el habitar una vivienda que no tenga materiales precarios de construcción; ii) que en la vivienda se disponga de los servicios esenciales de agua, luz, drenaje; iii) que los miembros del hogar en edad de recibir educación básica dispongan de la posibilidad de asistencia escolar; iv) que el grado de hacinamiento medido por el número de personas por cuarto no sea excesivo; v) que exista en la familia una relación adecuada de perceptores de ingreso en función del número de sus miembros.

A partir de estos indicadores, se clasifican los hogares dado el número de necesidades básicas insatisfechas y, en consecuencia, en razón de los diversos grados de pobreza. Por las variables consideradas, se dice que este método mide la pobreza de tipo estructural, ya que los indicadores seleccionados típicamente constituyen activos de cierta permanencia en el hogar.

- " Método de líneas de pobreza

Compara los ingresos del hogar con el costo de una canasta básica de consumo. En particular, ésta puede ser una canasta alimentaria, que se construye con base en los requerimientos nutricionales de la población. A través de este método se cuantifica la pobreza de tipo coyuntural ya que en lugar de analizar los activos familiares, el análisis se concentra en los niveles de ingreso y en su capacidad de proporcionar bienestar en el corto plazo. Al valor monetario de esta canasta, se le denomina línea de indigencia o de pobreza extrema

- " Método integrado de Pobreza.

Considera conjuntamente los enfoques del NBI y de LP, incorporando así, las modalidades de pobreza estructural y coyuntural que puede enfrentar la población en un momento determinado.

La evolución de la P. E. se dió en un contexto de reducción inflacionaria, de cambio estructural, y de ejecución de programas sociales. Algunos estudios han encontrado parámetros de referencia en la relación PIB/P.E., en términos generales se ha podido observar que, por cada 2% de crecimiento del PIB por arriba del crecimiento demográfico, se reducen 1% la población en P.E. Asimismo, por cada 2% del crecimiento del PIB, por debajo del crecimiento demográfico, se incrementa la P.E. en un punto porcentual. Para 1992 la pobreza extrema era de 13.6 millones de personas, de las cuales, 4.8 millones se encontraban en las zonas urbanas (poblaciones con más de 2,500 habitantes) y los 8.8 millones restantes pertenecen a las zonas rurales ".

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

geopolíticas, ha influido en la determinación de la estructura y organización social de nuestro país, afectando la vida económica, política, social y cultural.

" El desarrollo capitalista ha repercutido en diversos órdenes de la vida social, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de los marcos de la estructura y la organización social existentes en nuestro país. Los problemas ocasionados tanto por la dinámica del desarrollo capitalista a nivel mundial como por las características particulares que el capitalismo ha adoptado en México, influyen de manera directa o indirecta, mediata o inmediata, en la problemática de la salud de la población. Se configuran algunos cuadros de enfermedad que son producto de determinadas relaciones sociales de producción que mantienen los individuos en una formación social históricamente determinada para apropiarse de la naturaleza y producir los medios necesarios para la subsistencia. Y a su vez estas características del desarrollo capitalista también repercuten en las políticas públicas de salud del Estado mexicano y, por lo tanto, en las posibilidades de acceso a la atención por parte de los diversos sectores de la población a los distintos sistemas de atención médica " (23).

Los siguientes indicadores son presentados por el Banco de México \* :

INDICADORES ECONÓMICOS	
Producto Interno Bruto (millones de dólares)	282,526.0
Producto Nacional bruto per cápita	3,030.0
Tasa media de crecimiento anual del PIB per cápita (1980 - 1991)	- 0.5
Tasa media de inflación anual (1980 - 1991)	66.5
Estructura de la producción :	
- Agricultura	9
- Industria	30
- Manufacturas	22
- Servicios	61

### El desempleo

Entre los diversos problemas generados por el desarrollo capitalista dependiente se encuentra en primer plano el creciente desempleo producto de las leyes objetivas que observa implacable el desenvolvimiento del modo de producción capitalista.

El problema del desempleo y subempleo en nuestro país se ha agudizado como resultado de la crisis económica por la que atraviesa el capitalismo a nivel mundial y a pesar de la política de creación de empleos que lleva a cabo el Estado mexicano, las nuevas fuentes de trabajo que se generan resultan insuficientes, su creación no es para resolver este problema, sino para evitar que la situación se deteriore cada vez más.

Siendo el desempleo permanente, una característica esencial, intrínseca, de las sociedades donde prevalece el modo de producción capitalista, resultando del aumento de la productividad de

\* Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial; Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS. p. 31

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

trabajo, en las condiciones capitalista de acumulación, pues, dicha acumulación del capital, al incorporar necesariamente mejoras tecnológicas, tiene dos efectos contradictorios: uno, significa un incremento de la masa del capital invertido, que permite crear empleos, otro, va acompañado de un aumento de la productividad del trabajo y de la composición orgánica del capital, actuando como un destructor de empleos.

" El desempleo tiene implicaciones en las condiciones de salud de la clase trabajadora. Estas repercusiones se expresan tanto en el obrero despedido como en el grupo familiar. Según datos oficiales en 1975 el 69% de las familias tenía un ingreso mensual de un salario mínimo, lo cual resulta insuficiente para adquirir los satisfactores necesarios para mantener un nivel de vida adecuado y evitar de esta manera un campo propicio para el desarrollo de la llamada patología de la pobreza, la cual, obviamente, se concentra en la clase trabajadora " (24).

Relacionado al tema Banco Mundial presenta el siguiente cuadro \* :

INDICADOR	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Población económicamente activa	51.2	75.7	28.4
Población económicamente inactiva	48.8	24.3	71.6
Situación en el trabajo			
Obreros o empleados	55.4	51.7	64.2
Jornaleros o peón	8.4	51.7	64.2
Trabajador por su cuenta	25.6	27.3	21.3
Patrón o empresario	1.8	2.1	1.0
Trabajador no remunerado	7.8	6.8	10.4

### Nutrición

La nutrición, en su más amplia acepción, corresponde a los mecanismos necesario para poner a disposición de la población los alimentos necesarios (producción, transporte, almacenamiento, mercadeo, distribución y preparación) para su consumo, así como los efectos que su ingestión produce en la construcción y reposición de tejidos y en el desempeño de sus funciones sociales.

En el terreno de la nutrición, un considerable porcentaje de la población del país se encuentra desnutrida, puede decirse, pues, que la mayoría de la población que habita en el medio rural se encuentra desnutrida, al igual que amplios núcleos que viven en el sector urbano. Dentro de los "grupos económicamente débiles" de ambos sectores, la situación se encuentra más deteriorada en los del sector rural.

" Se acepta que 2 575 calorías y 76.5 gramos de proteínas es la cifra recomendable de ingesta promedio por habitante. Con base en esto, se estima que más de la mitad de la población en México está subalimentada, en tanto que del 10 al 15% de la población, fundamentalmente urbana, esta sobrealimentada. Esta condición se manifiesta tanto en los caracteres somatométricos generales del mexicano -su baja resistencia física a la enfermedad y al esfuerzo,

\* Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial; Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS. p. 31

sus rasgos de personalidad y su conducta psicológica y social- como en la proclividad de otra parte de la población a las enfermedades de la dieta excesiva. Únicamente el 18% de la población ingiere dietas adecuadas; se estima que debido a la crítica situación económica del país ha tenido lugar una reducción del 18% en la ingesta calórica y un 15% en la proteica e incluso en algunos casos, como el de las proteínas de origen animal, alcanzan el 50%. Tales reducciones afectan particularmente a los grupos de menores ingresos " (25).

La desnutrición es, sin duda, una manifestación concreta de las relaciones sociales dominantes, en las que una reducida parte de la población, dueña de los medios de producción o que tiene acceso a ocupaciones de ciertos niveles (capas medias), se apropia de la mayoría de la producción, lo cual, a su vez, da por resultado que estos grupos comiencen a tener manifestaciones propias de la llamada dieta excesiva: hipertensión, obesidad, arteriosclerosis y diversas enfermedades metabólicas.

En el otro lado se encuentra la mayoría de la población (la clase trabajadora), que sólo cuenta con su fuerza de trabajo, situación que le impide el fácil acceso a los nutrientes básicos para el organismo: proteínas, vitaminas, minerales, lo cual representa un campo propicio para que surjan y se desarrollen las enfermedades infecciosas " (26). \*

---

\* " La caída en picada del poder de compra y las extremas limitaciones para obtener un empleo remunerado han colocado esa situación de subsistencia a 50% de la población del país, cuyo consumo mínimo de calorías está muy por debajo de las normas internacionales. Son 45 millones 560 mil mexicanos cuyo ingreso económico diario no les alcanza para adquirir los alimentos suficientes para su adecuado desarrollo físico y mental, según estudios de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

" Y dentro de esos pobres están otros más pobres (9.11 millones de mexicanos) que representan 10 % de la población y que apenas perciben 1.59 % de la riqueza que genera el país, cuyo ingreso sólo les permite adquirir una cuarta parte del consumo mínimo de calorías que requiere una persona para realizar sus actividades diarias.

" Es regla aceptada que los niveles de pobreza de un país se miden por el consumo per cápita de calorías que evalúan el poder de compra de la población. La norma de organismos internacionales es un consumo mínimo de 2 mil 340 calorías, muy lejano a la cantidad de nutrientes que consume el grueso de la población mexicana.

" En México, el 10% de la población absorbe 70% del consumo, mientras 50% de la fuerza laboral subsiste en percepciones de entre uno y dos salarios mínimos, apenas lo suficiente para adquirir una tercera parte de los artículos de la canasta básica.

" Análisis como el de la Universidad Obrera de México (UOM) señalan que con dos percepciones mínimas (45.20 pesos) se obtiene apenas raciones de alimentos suficientes para alimentar a dos personas y cubrir servicios básicos como energía eléctrica y gas doméstico, naturalmente, no incluye alquiler de vivienda, educación ni esparcimiento.

La contención salarial, falta de empleo y anarquía en los precios han sido los factores que más han contribuido a desmerecer la calidad de vida de los mexicanos. Cada familia mexicana la integran entre cinco y siete personas, en su mayoría menores de edad que no perciben ningún ingreso y que, por tanto, están sujetas al magro poder de compra de sus progenitores".

Gómez, Arturo, EN LA POBREZA 85% DE LOS MEXICANOS, El Financiero, 30 Jun 1996 p.4.

*Obsérvese que existe una diferencia que puede no ser de importancia, en la redacción del subtema de nutrición el autor menciona un mínimo de 2575 calorías, esto en 1982, en tanto que la nota expuesta anteriormente menciona como mínimo 2 340, siendo ésta última referencia de 1996.*

" El instituto Nacional de la Nutrición ha dividido a la población mexicana de acuerdo con su estado de nutrición, en diferentes estratos que se pueden ubicar según regiones geográficas y cuyos indicadores son la frecuencia de desnutrición severa, el consumo calórico y proteico de las familias y la mortalidad de los preescolares.

- X " El norte del país representa un primer estrato que reúne características de buena nutrición con un consumo promedio satisfactorio de calorías y proteínas, baja mortalidad preescolar relativa y escasez de desnutrición severa.
- X " El altiplano, el occidente del país y la zona del Golfo de México representan un segundo estrato que reúne características de nutrición mediana con deficiente consumo calórico y proteico, aumento de la mortalidad del preescolar y desnutrición frecuente, aunque de poca severidad.
- X " El resto de zonas del país, que incluyen la periferia del Distrito Federal, constituyen el nivel de mala nutrición, con cuadros severos de desnutrición especialmente en niños y mujeres gestantes, alta mortalidad del preescolar y dietas pobres en calorías y proteínas.

" Tales condiciones favorecen la alta frecuencia de enfermedades transmisibles, agudas y crónicas, de fácil agravamientos y alta mortalidad. La morbilidad provoca mayor ausentismo en el trabajo y en la escuela y, en su caso, cifras más elevadas de estancia hospitalaria " (27).

Las repercusiones sociales inherentes a la desnutrición se manifiestan por aislamiento, inseguridad, desconfianza y falta de cooperación. Las culturales, en retraso y resistencia al cambio. Las económicas, en desocupación, ausentismo, pérdida de capacidad y creatividad en el trabajo.

Sobre esto, Banco Mundial expone \* :

INDICADORES SOBRE ALIMENTOS Y NUTRICION 1970	
Tasa media de crecimiento de producción de alimentos per cápita	0.2
Prevalencia de mal nutrición en menores de 5 años	14
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso.	15

### Vivienda

El problema de la vivienda continúa deteriorándose tanto en el medio rural como en el urbano, por los reducidos ingresos que percibe la mayoría de la población, la elevación creciente de los materiales de construcción, la especulación de terrenos (sobre todo en las zonas urbanas) y la política de vivienda del estado mexicano que beneficia fundamentalmente a ciertos grupos de la burocracia estatal y a los obreros organizados, que además son sujetos de crédito por tener el nivel de ingresos y la antigüedad necesaria para ello. Siendo esto un problema estructural, en cuanto que sus causas se encuentran en la estructura y organización social que determina el hecho de que muchos cientos de miles de familias carezcan de ella o sea inadecuada. " Es un hecho comprobado que el disponer de una vivienda insuficiente para albergar cómodamente a

\* Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial, Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS. p. 36

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

la familia puede incrementar los índices de daños a la salud en sus moradores debido a varios factores: malas condiciones de construcción -que las hacen vulnerables a efectos de sismos, huracanes o lluvias-, malas condiciones higiénicas -en cuanto a la iluminación, ventilación, temperatura y humedad-, así como la cantidad y calidad del agua disponible, la imposibilidad de disposición final para desechos líquidos, basuras y la presencia de fauna y flora doméstica nociva, sin suficientes áreas verdes, lejanía de centros de trabajo, mercados, escuelas y centros de esparcimiento, impactando esto en la población de diferentes maneras; de manera directa, el número excesivo de personas en una vivienda provoca hacinamiento, que es el campo propicio para que se desarrollen enfermedades de las vías respiratorias, fiebre reumática y cardiopatías reumáticas. En tanto que los daños indirectos a falta de una vivienda cómoda repercute en la salud mental al ocasionar depresiones, tensiones, estados neuróticos, etc." (28).

En 1950 había 5 259 208 vivienda para 26 millones de habitantes, en promedio cinco habitantes por cada vivienda. En 1980 había 12 074 609 viviendas para 69 millones de habitantes, en promedio 5.5 habitantes por vivienda. En este último año, el 30% de ellas contaba con un solo cuarto y el 28.7% con dos cuartos; es decir, el 58.7% de las viviendas en México consta en la década de los ochenta de uno y dos cuartos, y en ellas reside más de 55% de la población.

El 23% de las viviendas tenía piso de tierra, el 44% estaban construidas con material inapropiado y el 25% carecía de energía eléctrica. El 62% se había edificado en condiciones estructurales deficientes con alto grado de riesgo, más del 65% habían sido construidas con métodos no convencionales por sus propios usuarios.

Existen diferencias importantes entre la vivienda urbana y la rural. En las grandes ciudades el mayor problema radica en los cinturones de miseria que reproducen e, incluso, intensifican las deficiencias de las zonas rurales. En el campo, aunque puede disponerse de superficie y de un ambiente sano y satisfactorio, en muchos casos se carece de servicios fundamentales.

El XI Censo Nacional de Población, referente al material predominante en la vivienda \*

MATERIAL	1950	1960	1970	1980	1990
Adobe	41.6	49.7	30.1	21.3	14.6
Ladrillo	13.7	24.1	44.2	56.1	69.5
Otros	44.7	26.2	25.7	22.6	15.9

En cuanto a la disponibilidad del agua y del drenaje en las viviendas, el 65.8% cuenta con agua entubada que, en el 50% de los casos, llega al interior de los recintos, asimismo, el 50% tiene drenaje.

Disponibilidad de agua y drenaje en las viviendas \*

CONCEPTOS	1950	1960	1970	1980	1990
Con agua entubada	43.4	32.3	61.0	65.8	79.4
Con agua entubada dentro vivienda o edificio	43.4	32.3	49.4	49.9	63.6
Con drenaje o albañal	n.d.	28.9	41.5	51.0	
Sin drenaje o albañal	n.d.	71.1	58.5	42.8	

\* INEGI, XI CENSO NACIONAL DE POBLACION 1990

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Dicho lo anterior podemos concluir que en el renglón de la vivienda las condiciones, según área urbana y rural, son desfavorables para el área rural.

Los siguientes porcentajes son presentados por el Banco Mundial \* :

INDICADOR	1970	1980	1990
Porcentaje de ocupantes por vivienda	5.8	5.5	5.0
Porcentaje de viviendas con agua	61.0	70.7	79.4
Porcentaje de viviendas con drenaje	41.5	51.0	63.6
Porcentaje de viviendas con piso de tierra	41.1	26.4	19.5
Porcentaje de viviendas con electricidad	58.9	74.8	87.5

### Educación

La enormes presiones sobre el sistema educativo han determinado que éste se extienda en términos cuantitativos más que en calidad, lo cual ha obligado a poner en marcha un modelo general de educación para todo el país, que no toma en cuenta las características socioeconómicas y ecológicas regionales y locales a fin de adecuar la educación a las necesidades y demandas concretas de los diversos grupos de población, dando por resultado altos índices de deserción en los niveles de enseñanza a nivel primaria y secundaria, los cuales no se reflejan en las estadísticas censales recopiladas por el gobierno.\* \*

La educación se encuentra vinculada con diversos órdenes de la vida social: con las condiciones de empleo y de trabajo, el cambio de actitudes y patrones culturales etc., todo lo cual estará

---

\* Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS, p. 31

\*\* De 1984 a la fecha se ha venido registrando una sensible concentración de la riqueza en pocas manos que ensanchan las diferencias sociales y disminuyen las expectativas de desarrollo de la mayor parte de la sociedad. Datos de 1994 revelan que 10% de las familias más ricas retienen 41% del ingreso, mientras que 50% de los hogares más pobres, sólo 16 %. Las estimaciones oficiales indican que 50% de la población no alcanza a cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, vivienda, salud y educación, aunque, según datos del Banco Mundial dados a conocer recientemente, esa cifra podría ser de 80%.

" Desde 1987 la tasa de desempleo abierto en promedio se ha mantenido arriba de los tres puntos porcentuales, al ubicarse en 1994 en 3.7 %. Ese mismo indicador llegó el año pasado a 6.5%, producto de la quiebra de 15 mil empresas y de severos ajustes de personal; esto significó que en 1995 2.8 millones de trabajadores quedaran sin empleo.

" Pero a pesar de que desde 1985 el gasto nacional para la educación ha registrado notables incrementos, aún subsisten rezagos importantes en este renglón. Por ejemplo, actualmente la tasa de analfabetismo se ubica en 11.5 %, lo cual equivale a cinco millones 951 mil 380 persona que no saben leer ni escribir.

" La escolaridad promedio de los mexicanos alcanza apenas 6.5 grados, muy lejos del que detentan sus socios comerciales Estados Unidos y Canadá, cuyo nivel promedio es de 12 grados. A esto hay que sumarle la baja calidad de la educación producto de los recursos insuficientes y del bajo salario que perciben los maestros, el cual en términos reales se ha deteriorado en 70 % desde 1982 ".

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

relacionado de diferente forma e intensidad con la salud de la población. Existiendo suficientes pruebas empíricas para apoyar la hipótesis de que hay una relación inversa entre el número de años de estudio y el número de problemas de salud, aunado a las condiciones socioeconómicas y físicas de los grupos sociales a los cuales pertenecen los individuos.

" Podremos creer que a una mayor educación el campo de trabajo y la remuneración económica aumentarán, pero debido a la crisis del país el desempleo y subempleo son las realidades a las que se enfrentan los egresados de las diferentes carreras, esa educación se encuentra vinculada a diversos órdenes de la vida social, y las relaciones de empleo, trabajo, el cambio de actitudes y los patrones culturales van a tener una injerencia en menor o mayor grado en la salud " (29). Referente al alfabetismo y la escolaridad el INEGI cita que :

AÑOS	TOTAL (ALFABETISMO)		SABEN LEER Y ESCRIBIR		NO SABEN LEER Y ESCRIBIR	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
1900	11260	100.0	2536	22.5	8724	77.5
1910	12527	100.0	3271	26.1	9256	73.9
1920	12460	100.0	3564	28.6	8896	71.4
1930	13542	100.0	4787	35.3	8755	64.7
1940	16220	100.0	7263	44.8	8957	55.2
1950	21038	100.0	11766	55.9	9272	44.1
1960	27987	100.0	17414	62.2	10573	37.8
1970	38370	100.0	27514	71.4	10856	28.3
1980	55222	100.0	44884	81.3	10239	18.5
1990	49610	100.0	43354	87.4	6161	12.4

AÑO	GRADO DE ESCOLARIDAD		
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR
1930	29.5	N.D.	N.D.
1940	37.5	N.D.	N.D.
1950	39.3	3.8	1.1
1960	50.9	10.8	2.1
1970	69.2	17.8	2.4
1980	84.8	42.8	12.5

Sobre el mismo tema, el Banco Mundial muestra las siguientes cifras \* \* :

INDICADORES EDUCATIVOS 1990	
Alfabetismo en adultos	13
Promedio de años de escolaridad	4.9
Porcentaje de alumnos matriculados, nivel secundaria	53
Relación alumnos maestros, nivel primaria	31
Porcentaje de deserción *	5.3
Porcentaje de reprobación *	10.1
Porcentaje de eficiencia terminal *	56.4

\* INEGI, XI CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN 1990

\*\* 1991 - 1992 en educación primaria Fuente Informe sobre Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial Citado en INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD, IMSS, p. 31

## **Cultura**

La cultura, entendida como el modo de vida que adoptan las poblaciones, es un elemento de influencia decisiva en la salud. Así ocurre con las tradiciones, creencias, hábitos y actitudes de las comunidades. El éxito o el fracaso de las campañas o programas de salud descansa muchas veces en el abordaje de los valores, actitudes, percepciones, pensamientos y forma de comportamiento de la población en relación con la salud, la enfermedad y la muerte. Se requiere del conocimiento de las creencias predominantes relativas a la salud y a la enfermedad, las creencias religiosas, los mitos, leyendas y supersticiones y, en general, el sistema de valores de cada grupo, estrato social y comunidad, así como los hábitos, costumbres, vida doméstica y comportamiento, relacionados con la salud y, específicamente, el grado de educación sanitaria alcanzado.

" Coexisten diferentes culturas específicas y subculturas diferentes en cuanto a historia, geografía, lengua, escolaridad y medios de comunicación material y social. La interacción de los valores culturales y la salud se hace aparente en el diagnóstico de la salud de los diferentes grupos sociales, en la poblaciones marginadas con bajos índices de ingreso, la mortalidad general será más elevada en comparación con el resto del país " (30).

## **✓ LA SALUD PÚBLICA**

Siendo el hombre un ser gregario por excelencia, la convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades, de aquí la importancia de considerar la salud como un patrimonio del grupo al que pertenece el individuo y no como un objetivo de propiedad exclusiva de cada uno de sus miembros.

Es necesario, por lo tanto, atender la salud de los habitantes de un país de la misma manera que se administran los recursos naturales que brinda la geografía de éste, a fin de controlar las enfermedades para que la productividad de la población tiende a aumentar.

" Vista la salud de una población en términos económicos, la inversión que se haga en ella reeditará en intereses medibles a largo plazo; su contribución al bienestar de las generaciones venideras es definitiva, y por lo tanto, lo que constituye un gasto en el presente, es sólo una inversión para el futuro " (31).

**La salud colectiva necesita tanto de la técnica como de la administración: la salud pública cumple con este propósito.** " La definición más usual de salud pública más conocida y aceptada: *La salud Pública es la ciencia y el arte de Impedir las enfermedades; 2 Prolongar la vida y 3. Fomentar la salud y la eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para : 1. El saneamiento del medio; 2. El control de las infecciones transmisibles; 3. La educación de los individuos en higiene personal; 4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades. 5 El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud " (32).*

**En síntesis, la salud es un recurso biológico que favorece la productividad del hombre y, por lo tanto, la economía de la población. Esto se traduce en la elevación del nivel de vida y**

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

consecuentemente en bienestar comunal. El ejercicio de la salud pública tiene como objeto hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función de las necesidades del país.

### **Medicina preventiva y salud pública**

Dividir la medicina "curativa" y "preventiva" ha sido principalmente con fines de enseñanza, los objetivos de la medicina preventiva, tendientes a promover la salud y prevenir las enfermedades, son de la competencia de quien ejerza la medicina, ya sea a nivel individual o colectiva.

La acción preventiva se divide en tres niveles:

1. La *prevención primaria*, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente
2. La *prevención secundaria*, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos, y
3. La *prevención terciaria*, que se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar a las persona inválidas.

La *prevención primaria* tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante: a) la promoción de la salud y b) la protección específica. Cuando la enfermedad ocurre, o sea en la fases patogénica, la *prevención secundaria* tiene efecto por medio de : a) el diagnóstico temprano y b) tratamiento oportuno. La *prevención terciaria* se lleva a cabo: a) limitando la presencia de secuelas o bien, b) rehabilitando, cuando éstas ya están presentes.

### **Campos de acción de la salud pública**

A medida que el hombre ha transformado las condiciones ambientales y sociales en que vive, las enfermedades han modificado algunas de sus características epidemiológicas y la importancia que como causas de enfermedad, invalidez o muerte han llegado a tener en la población.

" Las acciones de salud pública pueden dividirse en dos amplios campos:

- a) los relacionados con los problemas ambientales y
- b) los que competen al mercadeo de servicios de salud.

" A su vez establece siete tipos de actividades:

1. las que se organizan sobre bases comunales (saneamiento del ambiente)
2. las destinadas a prevenir las enfermedades, las incapacidades y las muertes prematuras (incluyendo la salud materno-infantil)
3. las relaciones con la atención médica (incluyen el diagnóstico temprano y la enseñanza)
4. las que permiten la recolección y análisis de los registros de vida
5. las realizadas para la educación higiénica
6. las de planeación en materia de salud y
7. las de investigación: científica, técnica y administrativa.

" Es importante hacer notar que, independientemente de sus campos de acción, los programas desarrollados en beneficio de la salud colectiva requieren del establecimiento previo de normas, reglamentos o leyes.

" En concreto, los instrumentos de que se vale la salud pública para ejecutar su acción son:

- a) la epidemiología, que permite el diagnóstico de salud o enfermedad en la población.
- b) la tecnología biomédica indicada en cada situación.
- c) el imprescindible desarrollo de un programa de educación higiénica aplicado a las circunstancias, y,
- d) la correcta administración de los recursos de salud disponibles " (33).

### **Medición del nivel de salud**

El nivel de salud de una población es la resultante de la interacción de diversas variables ecológicas, su medición tiene como finalidad estimar la calidad de la vida que gozan sus miembros. Entre mayor sea el número de indicadores usados, hay una mayor aproximación al nivel de salud, es por esta razón recomendable seleccionar uno o varios de éstos. Se ha adaptado la costumbre de clasificarlos en :

- a) indicadores de salud
- b) indicadores de recursos y actividades para la salud
- c) indicadores económico-sociales.

### **Los indicadores para la evaluación de la salud**

Los indicadores constituyen un instrumento indispensable en la evaluación del quehacer institucional, por la complejidad y naturaleza cambiante tanto del proceso salud-enfermedad, como de las instituciones que lo atienden.

En el campo de la salud-enfermedad interesa por una parte, medir el nivel de salud de la población y su traducción en una vida social y económicamente productiva, y por otra, el grado de desempeño institucional en la prestación de servicios de salud.

" La clasificación de indicadores elaborada en nuestro país para el sector salud por la Secretaría de Salud los agrupa como sigue:

- 1) población y cobertura
- 2) recursos financieros
- 3) recursos físicos
- 4) recursos humanos
- 5) actividades substantivas
- 6) enseñanza e investigación
- 7) asistencia social
- 8) estadísticas vitales

De estos indicadores que suman 182, se han seleccionado los 18 siguientes para la vigilancia de los progresos en las estrategias de salud para todos en el año 2000 en nuestro país.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- 1) esperanza de vida
- 2) mortalidad infantil
- 3) mortalidad de menores de 5 años
- 4) mortalidad materna :
  - adicional A: mortalidad por enfermedades asignadas como objetivo mundial
  - adicional B: mortalidad por enfermedades prioritarias (discapacidad)
- 5) porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500 grs. como mínimo
- 6) porcentaje de niños menores de 5 años que tienen un peso aceptable para su edad o estatura
- 7) vivienda
- 8) porcentaje de partos y lactantes por personal capacitado
- 9) porcentaje de mujeres en edad de procrear que utilizan la planificación familiar :
  - adicional C: tasa de fecundidad
- 10) cobertura de vacunación
- 11) población legal y/o potencial
- 12) porcentaje de la población que cuenta con atención primaria de la salud
- 13) volumen de la ayuda internacional para actividades de salud
- 14) porcentaje de producto interno bruto que se destina a la salud
- 15) porcentaje de los gastos nacionales de salud
- 16) recursos físicos y materiales
- 17) tasa de alfabetización de adultos
- 18) producto interno bruto por habitante " (34).

" Los institutos nacionales de salud utilizan con algunas variantes la clasificación propuesta para el sector salud y agrupan los indicadores en las siguientes categorías: Recursos humanos; Servicios proporcionados; Investigación y enseñanza; Mortalidad, Auxiliares de diagnóstico y tratamiento; Cumplimiento de metas; Deserción, Recursos; Estados financieros y costos.

" Otra vertiente de clasificación se basa en la administración de la calidad de la atención médica, propuesta en nuestro país para el Sistema Nacional de Evaluación, con la participación de instituciones del Sector Salud y de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, en la que se agrupan los indicadores, según el proceso de la atención médica, los resultados de esta atención y los factores de la estructura que afectan la operación. En la atención médica por ejemplo, se consideran: la oportunidad de la atención con base a la accesibilidad a la unidad, el diferimiento del servicio y el tiempo de espera del usuario; la atención integral y la satisfacción del usuario y del prestador de servicios así como la mortalidad y la morbilidad. " (35)

## CAPITULO III

# TRANSICIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD

" A partir de 1900 la creciente desigualdad económica y social empezó a crear un descontento que iba desde los terratenientes hasta los campesinos, desde la naciente burguesía hasta los obreros; tanto la clase media como los intelectuales empezaron a cuestionarse los privilegios monopólicos de que disfrutaban los porfiristas y de los cuales no participaban. Esto propició el despertar social de grupos marginados como obreros y campesinos, quienes se hallaban entre los más necesitados y así se tuvo la necesidad de iniciar la búsqueda de doctrinas sociales vigentes en Europa, que protegían al trabajador de la explotación capitalista "

Salud Pública de México. 1993, Vol. 35 # 6.

Se entiende por transición de la política pública en salud, al conjunto de procesos de cambio, conformados en el corto y largo plazo, que han creado y modificado los criterios de la estructuración de la política pública en salud en México. Como un preámbulo para el desarrollo del presente capítulo, consideré oportuno describir los factores que, para mi gusto, han influido en esa evolución.

La descripción comprende la concepción de la política pública, el desarrollo económico, la política económica y el gasto público. Así como cual es el papel que cada uno de ellos desempeña en la estructuración y modificación de la política pública en salud.

Como sabemos, el gasto que debe destinar un gobierno para brindar atención médica a los habitantes del país va a estar determinado por diferentes factores, que oscilan desde la conformación ideológica de una política pública en salud, hasta las variaciones que los actores económicos observan para la determinación en la aplicación del gasto social. \*

---

\* Cuidado: las recesiones pueden ser perjudiciales para la salud.

" Harvey Brenner de la Johns Hopkins University ha hallado que el desempleo y otros problemas económicos tienen efectos adversos sobre la salud física y mental, y acortan la duración de la vida. El siguiente extracto procede de su informe al Congreso estadounidense:

" Además de una tasa de desempleo elevado, hay otros tres factores de trabajo, disminución del promedio de horas trabajadas por semana y aumento de la tasa de quiebras empresariales - que están fuertemente asociados con una mortalidad en alza.

" La desigualdad económica está relacionada con la deterioración de la salud mental y del bienestar, manifestándose en tasas crecientes de homicidios, crímenes y admisiones en los hospitales mentales.

"...El informe presenta una nueva evidencia de la relación entre las condiciones patológicas (económicas) y ... el consumo per cápita de alcohol, cigarrillos, tráfico y uso de drogas ilegales; tasas de divorcio, y la proporción de gente viviendo en soledad ". Mc Dugal, *MACROECONOMÍA* p. 158

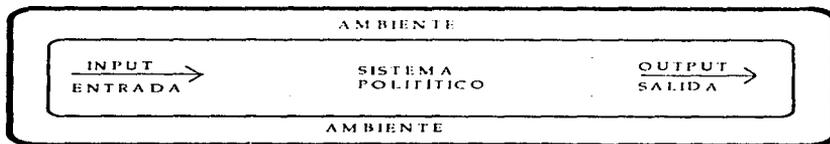
La figura expuesta en el libro referido ilustra la estimación de Brenner de los crímenes y muertes adicionales relacionadas con la tensión, asociados con este aumento del desempleo. La relación estadística hallada por

Debemos tener en cuenta que las variación en la economía van a estar determinadas por cuatro fases que caracteriza al llamado ciclo económico (*recesión - punto inferior - expansión - punto superior*) y cada una de ellas va a impactar diferente en los recursos destinados para el gasto social, en donde se encuentra la atención a la salud.

## ✓ POLÍTICA PUBLICA

Durante los años cincuenta del presente siglo empezó a desarrollarse en los Estados Unidos lo que se conoce hoy día como Ciencia Política Empírica. Esta rama del saber intenta dar respuesta a preguntas que habían quedado en el aire por siglos, el punto de arranque se dio a partir de la publicación de *The Political System* de politólogo norteamericano David Easton, convirtiéndolo en el pionero del análisis del fenómeno político, creando el hilo conductor para estudios posteriores sobre el tema.

Observando los planteamientos ético filosóficos sobre análisis políticos que habían perdurado desde Aristóteles hasta Marx y la formulación de las mismas preguntas que durante ese tiempo se plantearon (¿Qué es el Estado?, ¿Quién debe gobernar?, ¿Cuál es la mejor forma de gobierno?) Easton hace hincapié en la necesidad de contar con conceptos más concretos, fluidos y manejables, introduciendo con esto una nueva manera de reflexionar sobre lo político. Heredando éste concepto directamente de la teoría de sistemas de Parsons, según el cual, el sistema social es un conjunto de interacciones entre unidades o subsistemas a través de los cuales las relaciones sociales se reproducen. Uno de los subsistemas es, el sistema político, el cual es el conjunto de interrelaciones por medio de las cuales son asignados autoritariamente los valores en una sociedad (36). Dichos valores son concebidos como los mensajes que la autoridad emite con el fin de obtener apoyos (cuotas de legitimidad) y que a su vez son producto de exigencias o demandas de la propia sociedad. Describiendo al sistema político en su conocido diagrama:



Brenner no prueba que la recesión causó estos resultados. Pero la evidencia es lo suficientemente fuerte para proporcionar una señal de alerta: las recesiones pueden ser perjudiciales para su salud.

Relacionado con éste mismo tema en el periódico el Financiero se expone que, el disparo de los índices delictivos podría estar relacionado con el aumento de la marginación y de las menores oportunidades para la población de obtener ingresos que le permitan cubrir las necesidades básicas.

El financiero. POBREZA Y MARGINACIÓN, 25 Agosto 1996, p. 62.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Dicho esquema representa una descripción del funcionamiento de lo político en la sociedad, sin embargo, era aún insuficiente para explicar los acontecimientos al interior del sistema. No cuestionaba cómo era realizado el proceso demanda-respuesta en sí, es decir, cuáles demandas ingresan al sistema y cuáles no, los criterios a seguir para dar respuesta y cómo eran ellas (rápidas, lentas, continuas, discontinuas, etc.).

Dichas interrogantes fueron resueltas en un principio por disciplinas más cercanas a la Administración Pública que a la Ciencia Política, denominadas por Harold Lasswell como ciencias de políticas. Estas ciencias se convierten en la raíz primera de lo que actualmente conocemos como política pública, representada como una corriente dentro del campo administrativo, cuya finalidad es mejorar los procesos de toma de decisiones, racionalizando la implementación de los programas de Gobierno. Universidades americanas como Harvard y Yale, entre otras, fueron desde los cincuenta semilleros de investigación de las ciencias políticas. En este contexto Lasswell intenta definir y llenar de un contenido preciso a estas ciencias, planteando para ello un proyecto básico en el cual " las ciencias políticas incluyen:

- " 1. los métodos de investigación del proceso de la política,
2. los resultados de los estudios de las políticas y
3. los descubrimientos de las disciplinas que pueden aportar contribuciones importantes para las necesidades de inteligencia del momento.

" Si es necesario avanzar en nuestra averiguación científica del proceso de producción y ejecución de las políticas obviamente resulta esencial aplicar y mejorar los métodos mediante los cuales se lleva a cabo la investigación en las ciencias sociales y psicológicas" (37).

De esta manera las ciencias políticas se constituyen a partir de un enfoque multidisciplinario que involucra desde ámbitos aparentemente lejanos del proceso político administrativo como lo es la antropología, la ingeniería y psicología, hasta estructurarse, con materias propias de su naturaleza como la estadística, la economía, la sociología, el derecho y la ciencia política. La aportación de todas ellas permitió la conformación de un marco decisional de mayor eficacia para abordar la problemática que desde los distintos niveles del Gobierno se observaba en forma de demandas sociales. Entre los años sesentas y setentas comienza a popularizarse el término política pública refiriéndose a los cursos de acción política utilizados en la contención o solución de los conflictos sociales. \*

---

\* Las décadas señaladas integran la columna vertebral del public policy. En estos años el modelo de desarrollo imperante en el mundo y específicamente en América Latina es el Estado Benefactor, el cual con sus estructuras de autoridad crea problemas que repercuten principalmente en lo económico (burocracia, déficit público). Siendo éste medio de desorganización administrativa una materia preciosa para el desenvolvimiento del estudio de la política pública

## ✓ DESARROLLO, POLÍTICA ECONÓMICA Y GASTO PÚBLICO

### DESARROLLO Y SALUD

"El estado de salud no puede canjearse por el beneficio económico. La búsqueda de desarrollo solo en la esfera económica, educativa o sanitaria puede oscurecer la finalidad del desarrollo en su conjunto, que es mejorar la calidad de vida de toda la población. Ello no obstante, en los últimos años han existido casos en los que la preferencia concedida al desarrollo económico ha tenido efectos adversos en el estado sanitario y social de la población, en particular de los grupos más vulnerables, como son las mujeres, las personas de edad, los desempleados y los niños. Esos grupos han quedado cada vez más excluidos de los beneficios del desarrollo. Con demasiada frecuencia el proceso de desarrollo ha servido únicamente para agravar su vulnerabilidad debido a la degradación del medio ambiente, el aumento del desempleo, la recesión mundial y la consiguiente merma de las prestaciones sociales y las posibilidades de educación-, la nutrición inadecuada, la insalubridad del agua, la deficiente evacuación de desechos, la vivienda insalubre y la falta de servicios sanitarios esenciales. Todas esas secuelas del desarrollo se oponen a la inequidad, la justicia social y el disfrute de los derechos humanos básicos. Se ha evidenciado que el enriquecimiento material -de los países, de las comunidades o de los individuos- no basta para mejorar su estado de salud debido al carácter aleatorio de la asignación de recursos.

" Las relaciones entre la salud de una población y el estado de desarrollo de la sociedad son complejas y fluctúan a lo largo del tiempo. A través de la historia, un mejor estado de salud ha sido uno de los principales beneficios del desarrollo. Parte de este beneficio se debe al aumento del ingreso, y otra parte a los avances científicos alcanzados en la lucha contra las enfermedades y la discapacidad. Recíprocamente cabría esperar que la salud tuviera un efecto favorable en el desarrollo, pero esto es más difícil de detectar. No obstante, la salud se puede considerar parte del capital que posee una sociedad, siempre que se reconozcan las diferencias esenciales entre ella y el capital físico. Es necesario respetar el valor intrínseco del capital humano, y no solo la productividad económica que lo acompaña" (38). \*

\* " Se define al *desarrollo integral* o *desarrollo auténtico*, como ha sido también denominado, como el proceso deliberado de transformación y progreso a través de factores educativos, políticos, socio-culturales, económicos y morales, que hacen que cada hombre, comunidad y país se transforme y mejore, y pase de una etapa particular a otra más elevada, en términos de dignidad y convivencia humanas.

" El concepto de desarrollo se puede examinar desde ángulos muy diversos. Quien prefiere hablar de '*países pobres*' tiene del desarrollo un concepto en el que priman los aspectos relativos a la distribución del ingreso, tanto entre países ricos y pobres como entre ricos y pobres de cada país. Quien habla del '*subdesarrollo*' tiene a concebirlo como una situación estructural e institucional característica, como una etapa en el proceso histórico del desarrollo. El que preferirá la expresión '*países en vías de desarrollo*' acentúan el aspecto de las posibilidades de aprovechamiento del potencial productivo de una sociedad. Quien pone el acento en la *dependencia* se preocupará esencialmente de las formas características que toman las relaciones económicas tecnológicas y políticas entre los países desarrollados y subdesarrollados. Cuando se prefiere la expresión *países no industrializados* se acentúa implícitamente la importancia especial de la industrialización en el desarrollo. Cada concepto destaca un aspecto particular de la problemática del desarrollo y de esa manera de hecho constituye un diagnóstico de las causas básicas y de política de desarrollo, puesto que cada concepto prejuzga el sentido en el cual se debe proceder para obtener el desarrollo".

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Para alcanzar un verdadero bienestar como reflejo de un crecimiento es necesario un modelo económico al margen de sacrificios sociales y que de manera integral atienda a las necesidades poblacionales, principalmente a la salud como fuente de riqueza.

México ha seguido en los últimos años programas caracterizados por la reducción de sus gastos sociales a fin de mantener sus finanzas sanas. Como vimos antes, la salud no solo depende del desarrollo y, menos si él excluye a las minorías no productivas.

Por ello la administración pública en salud debería, a mi parecer, contar con una unificación de criterios, estadísticas oportunas, una verdadera administración de los recursos y un objetivo político definido que no varíe sexenalmente. A fin de ser la herramienta de acción del Estado para el mejoramiento de la salud en nuestro país.

### **POLÍTICA ECONÓMICA**

Llamamos política económica al conjunto de actividades, a través de las cuales el Estado interviene en el proceso de producción de un país, con el objetivo de afectar los resultados de la actividad económica, ejecutar cualquier plan de desarrollo y darle velocidad y dirección al proceso de crecimiento pretendido, mediante cuatro instrumentos:

1. política fiscal
2. política monetaria y cambiaria
3. política comercial
4. política crediticia

Teniendo por objetivos principales en el modelo macroeconómico:

1. fomentar el crecimiento productivo
2. mejorar la distribución del ingreso
3. disminuir el desempleo
4. estabilizar los precios

De la política económica, la política fiscal y la política monetaria son, los dos instrumentos más importantes en la conducción de la economía. A través de la primera el Estado pretende atender las demandas de la sociedad, generar inversión, empleo y distribuir los beneficios del crecimiento económico. Con la segunda se pretende la disciplina monetaria para lograr la estabilidad de precios internos y el equilibrio externo.

### **GASTO PÚBLICO**

" A través del gasto el Estado pretende la asignación óptima de los recursos y el impulso al crecimiento de la economía, generando las condiciones propicias para incentivar la inversión y promover el empleo. Mediante el gasto, destinado a la satisfacción de las necesidades de la sociedad, pretende lograr una mejor distribución de los frutos del crecimiento económico (la aplicación de impuestos tiene como objeto retirar parte del valor agregado generado por los

---

Jiménez, Wilburg, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL, F.C.E. México 1975 p 41 - 42.

Por otra parte, tenemos la contribución de Osvaldo Sunkel y Pedro Paz en EL SUBDESARROLLO LATINOAMERICANO Y LA TEORÍA DEL DESARROLLO. México S. XXI 1982 pp 15 - 80

diferentes agentes económicos para ser distribuidos entre la población de menores ingresos, a través del gasto público social) y con ello una elevación del nivel de bienestar general. En una economía de mercado, conforme al principio de mínima intervención, el gasto público debiera utilizarse para la oferta de bienes y servicios a la sociedad, que por sus características no son del interés de la iniciativa privada.

\* " Sin embargo, la acción del Estado en muchas ocasiones llega hasta la participación directa como agente económico, en todos los rubros de la economía, justificado tal vez en razones de seguridad nacional o de justicia social, que no obstante, provocan distorsiones en el mercado, sobre todo cuando la acción del Estado impide su funcionamiento al imponer controles de precios, otorgar subsidios o establecer monopolios estatales. Este grado de participación del Estado en una economía se mide a través del tamaño del gasto público en relación con el producto generado por el país. Entre menor sea ésta mayor libertad existirá en el mercado y la política de asignación óptima de recursos quedará como una función de precios.

---

\* Un ejemplo de como las variaciones y ajustes de éstas políticas afectan a la economía en general están ejemplificadas en la crisis de 1982 y el subsecuente proceso de ajuste que produjeron un considerable descenso de los niveles de vida de la mayoría de los mexicanos, así como la afectación a los servicios sociales por la disminución de recursos físicos y humanos.

\* La caída de los niveles desde 1982 ocurrió cuando grandes segmentos de la población mexicana vivían aún en condiciones precarias. A pesar de una historia de notable crecimiento económico y de esfuerzos gubernamentales para mejorar las condiciones de vida en el periodo posterior a la segunda guerra mundial, grandes segmentos de la población vivían en la pobreza, y los niveles de educación y salud requerían un mejoramiento considerable.

\* En 1980 se calculó que 45% de la población no estaba recibiendo cobertura de ninguna institución proveedoras de atención médica gratuita o casi gratuita. La atención médica a nivel primario era la más deficiente, ya que los recursos se asignaron primordialmente al nivel terciario, es decir, los hospitales especializados.

\* Un componente esencial de los programas mexicanos de estabilización fue una reducción del déficit público. Los esfuerzos gubernamentales en esta dirección fueron muy significativos. El aumento de las recaudaciones públicas y la reducción del gasto público posibilitaron la notable reducción del déficit fiscal. Tal política significaba una elevación de los precios públicos y de las tasas y la cobertura impositivas, así como reducciones en la inversión pública, los subsidios y otros gastos corrientes del sector público. El gasto gubernamental total acumulado bajó 7.6% entre 1983 y 1986. Como consecuencia de la elevación de las tasas reales de interés y de las grandes devaluaciones del peso, el gasto público asignado al servicio de la deuda (interna y externa) aumentó en 28.5% entre 1983 y 1988. Así pues, con el fin de alcanzar las metas fiscales requeridas era necesario reducir todas las demás categorías de gastos distintos de los intereses, incluido el gasto social.

\* El gasto social, integrado primordialmente por los gastos en educación y salud, disminuyó en 33.6% entre 1983 y 1988. Esta reducción en proporción con el gasto programable (gasto excluidos los intereses) bajó de 31.2% en 1981 a 28% en 1983. Los gastos en salud se redujeron entre 1983 y 1988 un 23.9%. Observándose con todo esto un deterioro pronunciado en los recursos disponibles per capita en el sector formal de la salud, es decir, en las instituciones de salud que sólo cubre a quienes contribuyen en el sistema de seguridad social, ello debido al aumento en el número de personas que demandan atención contra el decremento de recursos humano, materiales y físicos de los sistemas de salud a población derechohabiente, dejando a los miembros de la sociedad más pobre al amparo de la Secretaría de Salud y sus reducidos recursos.

Lusting, Nora. EL EFECTO SOCIAL DEL AJUSTE

" La participación del Estado debe darse, en la creación de las condiciones para el óptimo funcionamiento del mercado. Bajo las condiciones anteriores, la estructura del gasto debiera determinarse fundamentalmente por una orientación mayor hacia el gasto de capital. La creación de escuelas, de centros de salud, centros de esparcimiento, etc., destinados a satisfacer las necesidades de las poblaciones de bajos ingresos; o bien a la creación de caminos, carreteras, presas y en general la infraestructura que estimule la inversión productiva. Aunque en la actualidad este tipo de inversiones ya son también promovidas por la iniciativa privada " (39). \*

En nuestra realidad, los problemas relacionados con la distribución del gasto tienen tres vertientes diferentes:

- 1) *Falta de política*, la ciudad adolece de una verdadera política social que enfrente los desequilibrios que se expresan en la extrema pobreza. Contándose sólo con programas de salud y alimentación ineficientes
- 2) *Programas dirigidos*, la política social en la ciudad se limita a programas de caridad que sólo remedian los graves efectos de la crisis provocados por el modelo neoliberal, pues las llamadas brigadas de bienestar (antes Semanas Nacionales de Solidaridad) son sólo instancias electoreras
- 3) *Falta de planeación a largo plazo*, los programas de distribución de recursos se ven afectados en épocas de crisis y devaluaciones al incrementarse los costos en los insumos y no se cuenta con un criterio para enfrentaban los retos de distribución con énfasis en el gasto social en la medida en que revierta desigualdades.

## √ EVOLUCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD

### EVOLUCIÓN

Los periodos en que se ha dividido la historia del desarrollo médico en México pueden ser subjetivamente variados, La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), en el libro, **NECESIDADES ESENCIALES DE MÉXICO**, distingue; de la época prehispánica a la Colonia, de la independencia al porfiriato, de la revolución al maximato, el período de Cárdenas y los de 1940 a 1969 y 1970 a 1982. En tanto la revista de Salud Pública de México en el artículo referente a la **EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD**, distingue una primera etapa comprendiendo las

---

\* El modelo de desarrollo que ha seguido México en las últimas décadas se ha caracterizado, además de la protección al capital, por la baja inversión pública y, en particular, por la baja inversión social. Esto mismo significa un gran rezago del Estado en su papel de redistribuidor del ingreso. Tal situación, de por sí adversa, se agrava cuando, como en el presente, se vive una crisis económica estructural a la que el Estado responde con políticas monetaristas de tipo restrictivo que, entre otras cosas, aportan una importante contracción del gasto público evidenciada de modo particularmente tajante en el área de bienestar social.

civilizaciones precortesianas s. XII - XV, siguiendo con la etapa Colonial s. XVI - XVIII, la época preindependiente 1800 - 1810, los albores de la independencia 1810 - 1822, la Reforma y de la Revolución a la actualidad.

Basándome en los anteriores periodos a fin de desarrollar el presente apartado, divido en cuatro etapas la evolución de la conformación del actual sistema de atención médica.

### **Lucha y unidad de contrarios**

La primera etapa comprende desde las civilizaciones precortesianas en el siglo XII hasta la época colonial s. XVIII:

1. Posterior al desarrollo de productos agrícolas su utilización como nutrientes y el manejo del ambiente, se desarrollaron prácticas de atención médica tradicional, de promoción de la salud y de protección del ambiente orientadas por líderes religiosos y políticos. Las cuales alcanzan una alta especialización, provocando un choque entre los conocimientos médicos regionales a la imposición española. El intercambio de antígenos provocó una larga cadena de enfermedades desconocidas en el país. Lo cual demandó la construcción de una red hospitalaria que fue iniciada en 1521, tres años después de la conquista, la cual cesó en el siglo XVIII una vez cubiertas las necesidades demandadas.
2. La carencia de médicos en la Nueva España y el ejercicio del curandero nativo motivó en 1527 una ordenanza emitida por el Ayuntamiento en la cual mandaba que aquella persona que no fuese médico o cirujano no debería ejercer la profesión so pena de una multa de sesenta pesos oro. Aún con esta y diversas medidas no mermo el libre ejercicio médico nativo, debido al retraso y carencia de éste personal en la Colonia, una de las medidas intentadas para disminuir el rezago fue la construcción del Imperial Colegio de Santa Cruz en Santiago Tlatelolco, por parte de los franciscanos, teniendo como objetivo la enseñanza a los indígenas de lectura, escritura, latinidad, retórica, filosofía y música, agregando a todo esto la cátedra de medicina en 1536. De éste colegio salieron los primeros médicos mexicanos y el primer libro de farmacología más antiguo del continente (Codex Badianus, 1552). Siendo hasta entre los siglos XVII y XVIII que la medicina de las culturas maya, náhuatl y zapoteca, es tomada en cuenta por su base en estudios científicos de botánica, pero se impone la cultura médica dominante basada en las llamadas *verdades del cielo* hipocráticas.
3. En 1551 se emite la cédula real en la que se ordenaba la fundación de la Universidad Real y después Pontificia, la cual abre sus puertas en 1553. Veintidós años después el claustro votó la creación de la cátedra prima de medicina, la cual se abrió hasta 1579, debido al poco aprecio que se tenía por este conocimiento. Su plan de estudios contaba con cuatro asignaturas requiriéndose de cuarenta años para integrarse e impartándose enseñanzas de Hipócrates y Galeno. Debemos resaltar a todo esto la influencia ejercida por la escolástica, pues en México no tenían cabida los libros que no fuesen de España ni los que el Santo Oficio evitaba llagar a México por considerarlos sospechosos de ir contra la fe.

## Experimentación de políticas públicas

La cual comprende del final de la Colonia a la Revolución

1. Antes del inicio de la guerra de 1810 vemos dos hechos importantes que marcan el inicio de la intervención municipal en los problemas relacionados a la salud de la población; la creación de las Juntas Provinciales de Sanidad y la decadencia de los centros hospitalarios atendidos por religiosos.\*
2. Si en lo político el periodo colonial terminó para México en 1821, al conseguir su independencia, en el aspecto médico el periodo colonial sobrevivió doce años más y su límite lo marca la reforma de 1883. Terminada la guerra y acabado el aislamiento del país ya sin el Santo Oficio y prohibiciones, se recibieron libros, instrumentos y noticias del movimiento médico en Europa. Viéndose entonces la absurda e intolerable situación de la universidad por el retraso en su cátedra.
3. El atraso del saber y de la práctica médica era enorme, de tal forma que todavía en 1828, en la Facultad de Medicina se enseñaban los textos de Hipócrates, Galeno y Avicena. El primer paso de la República fue abrir una averiguación en 1831, decidiendo suprimir el Tribunal del Protomedicato, causante en gran parte del letargo de la enseñanza y símbolo, durante doscientos y un años de las restricciones de la Colonia. El segundo paso lo dio en 1833 el gobierno liberal de Valentín Gómez Farias fue el ordenar la clausura de la entonces Nacional y Pontificia Universidad y de Escuela de Cirugía y crear la Dirección General de Instrucción Pública, asimismo el gobierno creó un establecimiento de Ciencias Médicas, donde refundió, las dos carreras de médico y cirujano con un programa docente avanzado para la época.
4. En la época de la Reforma, Juárez creó la Dirección General de Beneficencia (1861) para centralizar los servicios hospitalarios y para organizar, coordinar y sostener con distintos medios (impuestos, loterías, fondos dotales y legados), la beneficencia pública, a fin de convertirla en un servicio público dependiente del Estado.
5. " En materia de salud pública las autoridades responsables no habian hecho nada trascendente, desde que el virrey Revillagigedo dictó el primer reglamento sanitario y organizó la limpieza de la ciudad. En 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Pero no fue sino hasta 1879 cuando el Consejo obtiene su autonomía e impulsa los estudios sobre el tifo y se inicia la redacción del código sanitario (primero en el continente 1891), introduciéndose las bases científicas que se traducían en acciones como el saneamiento de puertos y ciudades y la apertura del laboratorios de microbiología y el instituto antirrábico " (40). No pudiendo el Estado asumir la responsabilidad de prestar atención médica conforme al criterio de universalidad debido a dos hechos altamente desgastantes: las invasiones militares de Estados Unidos y de Francia al país (1847 a 1853).

---

\* La decadencia de los centros hospitalarios atendidos por religiosos, obedece a la disposición que suprimía los medios de sustento de los hospitales: la real cédula de 1804 que enajena los bienes raíces de las obras pías y las leyes de 1812 que tienden a sustraer los hospitales de la Iglesia. En 1820 las Cortes españolas suprimieron las órdenes hospitalarias, pasando los establecimientos atendidos por ellas a los ayuntamientos.

6. Las Leyes de Reforma en 1854 y la Constitución de 1857 intentan garantizar el derecho de los mexicanos a la propiedad, la vida y el pensamiento. Estos derechos repercuten en la concepción de salud y en 1872 se crean las Juntas de Salubridad Estatales y las Juntas de Sanidad en los Puertos. Las acciones de prevención y restauración de la salud se limitan a la expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegida.

### **Lucha por el reconocimiento institucional**

La tercera etapa desde el final de la revolución hasta el año de 1934

1. A principios del siglo XX la esperanza de vida al nacer era en México de 27.4 años; el coeficiente de mortalidad general, 33.3 por cada mil habitantes, y el de mortalidad infantil, de 323.1 por cada mil nacidos vivos. El paludismo, las enfermedades de origen hídrico, la tuberculosis, la difteria, la escarlatina y el tifo eran comunes, y las epidemias de influenza, peste bubónica, viruela, cólera y fiebre amarilla ocurrían con frecuencia.
2. Al iniciarse el porfiriato, la medicina y la salubridad de principios de siglo fueron producto de las leyes constitucionales de 1857, el Consejo Superior de Salubridad estaba supeditado a la Junta Directiva de Beneficencia y a principios de siglo a la Secretaría de Gobernación, iniciándose una incipiente labor higienista, que obedecía a la necesidad de favorecer el crecimiento económico y urbano propiciado durante el porfiriato, su labor se reducía a convencer a los comerciantes de que no alterarían la calidad de los alimentos con sustancias dañinas. Las funciones del Código Sanitario, reformado el 1º de junio de 1894 y el 26 de marzo de 1902, contenía disposiciones sobre el control de alimentos, lucha antirrábica, vigilancia portuaria, así como la regulación en la introducción de agua potable y alcantarillado. El Consejo lo integraban un presidente (médico) y 10 vocales (seis médicos, un abogado, un ingeniero, un farmacéutico y un veterinario). En el Distrito Federal había 16 oficinas de profilaxis y una de inspección sanitaria, el Hospital Morelos (para enfermos venéreos) y el instituto bacteriológico; y en el resto del país, 27 delegaciones en los principales puertos marítimos, ciudades fronterizas y capitales de los estados. En 1905 se fundó el hospital General y en 1910 el Manicomio General. En su mayoría, las entidades federativas carecían de una administración sanitaria organizada. Durante el mandato del presidente Francisco I. Madero la Comisión de Ingeniería Sanitaria inició el levantamiento del catastro sanitario, del cual emanaron varias disposiciones para la vigilancia en las salas de espectáculos y algunas industrias; y el 17 de diciembre de 1912 se promulgó el reglamento para la venta de comestibles y bebidas.
3. La época inmediata a la revolución conservó las estructuras porfiristas en cuanto a instituciones públicas de salud. El rasgo esencial fue la continuación de las acciones asistenciales a través de organismos de beneficencia pública y privada, sin que el Estado asumiera nunca el compromiso de organizar servicios públicos de salud que garantizaran el derecho de todo habitante a tener prestaciones de esta índole. La atención médica se dejó en manos de la filantropía, la caridad y la práctica liberal de la medicina. La legislación en materia sanitaria no tuvo grandes alcances, no garantizó explícitamente el derecho a la salud y se orientó básicamente hacia la regulación de algunos aspectos de salubridad general: control de epidemias, lucha contra fauna nociva, disposiciones sanitarias para lugares

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

públicos, puertos y entradas y salidas del país, etc. De hecho, no se generaron organismos públicos autónomos que se ocuparan de problemas sanitario-asistenciales, sino que el rudimentario departamento encargado del asunto, antes subordinado a la Secretaría de Gobernación, pasó a ser un departamento directamente dependiente del Ejecutivo. El Consejo de Salubridad General, por su parte, quedó a la mitad del camino entre el Ejecutivo y el Poder Legislativo.

4. Como consecuencia de la Revolución, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, el Artículo 73 confía la salubridad general, el bienestar y la asistencia pública de la República a la secretaría de Gobernación además de que Carranza estableció por separado el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General. La Constitución agrega los derechos sociales a los derechos individuales y en su Artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.
5. El gobierno de Álvaro Obregón mejoró los servicios de agua potable, el saneamiento antimalarial, la campaña contra la fiebre amarilla y la desratización de puertos y ciudades fronterizas. En 1925 entró en vigor el Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública y se promulgó el nuevo Código Sanitario, que permitió extender a todo el país la acción de las autoridades federales y unificar las técnicas y los procedimientos. Poco después se extendieron los reglamentos sobre establos, tratamiento y transporte de cadáveres, y cementerios. Para 1933 el país ya contaba con una organización administrativa para ejecutar las obras de agua potable, alcantarillado y saneamiento del medio. La atención sanitaria en el medio rural fue uno de los objetivos del servicio médico social de los pasantes de medicina, pactado por las autoridades universitarias y las de salubridad, más tarde incorporado a la Ley Reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucional.

El concepto de salud evolucionó hasta abarcar las condiciones físicas y mentales del hombre y el armónico equilibrio de sus manifestaciones con el medio social.

### **Síntesis o conformación**

La cuarta etapa, comprende de 1934 a la fecha

Las bases sobre las cuales se va a desarrollar la atención médica durante las dos administraciones posteriores a la Revolución van a estar establecidas en planes sexenales.

El primero de ellos, formulado por el Partido Nacional Revolucionario para la administración del General Lázaro Cárdenas, que ve en la dispersión y las condiciones biológicas de la población un obstáculo para el progreso del país, acentuándose la importancia que para solucionarlo debe tener la salud pública.

Mediante la consideración de posibilidades económicas y culturales del pueblo se elaboran acciones en los tres niveles de gobierno, dirigidas a prevenir epidemias y mortalidad infantil mediante campañas de prevención, construcción de una red hospitalaria y un elevado presupuesto del gobierno federal, pese a ello las inversiones en desarrollo social no pudieron cumplirse del todo, ya que se vieron desplazadas por las obras de infraestructura básica. " Da la impresión de que la administración cardenista intentó echar a andar reformas sociales que

alcanzaron el campo de la salud pública, como parte de una política de masas que, sin embargo, se vió rebasada por la dinámica de las fuerzas capitalistas del país y por las exigencias que éstas impusieron al modelo de desarrollo" (41). \*

A partir de 1940, las tendencias generales de los servicios de salud fueron:

1. El crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social
2. La extensión de una red hospitalaria de la SSA que al final quedó inconclusa
3. Las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de las medidas de la medicina preventiva
4. La persistencia de introducir servicios médicos al campo, mediante programas diversos

El siguiente Plan Sexenal 1941 - 1946, formulado por el Partido de la Revolución Mexicana para el mandato del General Ávila Camacho pretendía que mediante mejoras en las condiciones sanitarias se lograría un aumento en la fuerza de trabajo, además de crearse un clima de confianza para el turismo extranjero y el comercio internacional de mercancías. Esa mejora de condiciones implicaba la reducción de los vectores transmisores de enfermedades así como el aislamiento en los productos exportables de problemas epidémicos y sanitarios mediante dos líneas; la creación del IMSS para garantizar la creciente industrialización y el compromiso por parte del Estado para asumir de manera prioritaria las obras sociales, entre ellas las sanitarias, atendiendo permanentemente la higiene de la alimentación y la vivienda, mediante la fijación de 13 estrategias : políticas de abasto de agua potable, control sanitario de puertos, fomento de consumo adecuado de alimentos, programas habitacionales, vacunación antídiftérica obligatoria, lucha contra los padecimientos infecciosos y parásitos más frecuentes, impulso de la

---

\* A pesar de la gran necesidad de un desarrollo social en México, los programas de ayuda social y salubridad pública nunca han tenido una participación considerable en las en las partidas presupuestales. Las cantidades mas altas jamás proyectadas para esta clase de actividades fue asignada en el último año de Cárdenas en el poder y durante los primeros tres años de Ávila Camacho. éste tuvo en proyecto el 8.8% del presupuesto de 1942, pero la partida mayor que se le pudo asignar en el ejercicio fue de 6.5% en 1941. Previamente, Porfirio Díaz había establecido una norma para los gastos sociales, y Madero la siguió. Durante el periodo de Carranza los gastos sociales de este tipo quedaron prácticamente en el olvido por las condiciones de guerra en que estaba el país, condiciones que intensificaron la necesidad de programas de acción social. Fue sólo en 1926 cuando los gastos sociales volvieron a sus niveles anteriores a 1910. Con Cárdenas el porcentaje de los gastos en favor de la salubridad pública, el bienestar y la asistencia al fin cobró importancia en los programas de gobierno. Los gastos ejercidos llegaron hasta 5.8 pesos per cápita en 1940, o sea el doble de los gastos en 1936.

Después de Ávila Camacho, la ideología de la revolución económica abandonó esta clase de ayuda social. Alemán recortó estos proyectos al 3.8% en 1952, lo que constituye una sima desde 1935, y los porcentajes reales llegaron solamente al 2.5%, el mínimo desde que Calles dejó el poder. Ruiz Cortines siguió esta norma con aumentos insignificantes. La ideología de revolución equilibrada de López Mateos no ofreció ningún cambio en la parte del presupuesto dedicada a la Secretaría de Salubridad, Bienestar y Asistencia. Sólo unas mejoras en las finanzas permitieron que esta secretaría mejorase la suerte del pueblo, y esto se logró después de 1959. Entre 1951 y 1955 los gastos ejercidos per capita fueron de 1 y 2 pesos, debido a los esfuerzos de Cárdenas y Ávila Camacho en 1940-1942. Los gastos proyectados per capita de López Mateos fueron un poco superiores a la norma de 1940-1942; sin embargo, en realidad puso más fondos a disposición de esta dependencia, y cerca de 10 pesos por capita se gastaron de 1960 a 1962, lo que constituyó un aumento considerable.

EL GASTO PUBLICO EN LA REVOLUCIÓN, F C E México p. 197 - 200

campaña contra el paludismo, creación de leprosarios, campaña contra la tuberculosis, represión a los traficantes de drogas y cura de los viciosos, impulso a la educación higiénica, creación de brigadas sanitarias y defensa de los económicamente débiles a través de la prevención social. Todo ello encaminado al reforzamiento de la asistencia social. A pesar de estas acciones se puede decirse que el Segundo Plan Sexenal careció de operatividad; " sus estrategias y programas, sin embargo, se han seguido reiterando en casi todos los planes y programas generales o específicos del área de salud pública que se han producido en el país a la fecha. Los que en él suena a intención filantrópica decimonónica en medio de un país semisalvaje, se sigue percibiendo hasta la actualidad " (42).

En el sexenio alemanista, de 1946 a 1952, se careció de un plan formal de programación y esto tuvo sus reflejos previsibles en materia de salud pública. Las tendencias a racionalizar las inversiones en desarrollo social y concentrarlas en el sector más productivo se acentuaron, el rezago de las políticas de bienestar social se ayudizó, el crecimiento de la seguridad social se produjo a un ritmo muy lento y los esfuerzos del Estado se dirigieron, aún más, al subsidio indirecto del capital privado. El nuevo Código Sanitario de 1949, cuyo objetivo era cuidar la salubridad general y la higiene pública, atribuyó las acciones en esos campos al presidente de la República, al Consejo de Salubridad General y a la SSA, y a los gobiernos de los estado todo aquello que no fuera materia federal.

De 1953 a 1958 el Programa Nacional de Inversiones, elaborado por la Comisión de Inversiones que dependía directamente del Ejecutivo Federal. Se rigió por una política de austeridad en la cual se relegaron notablemente las inversiones en desarrollo social. No apreciándose un capítulo específico de gastos en bienestar social, solamente un renglón denominado construcción pública diversa, que incluía obras de agua y saneamiento, habitaciones populares, mercados, rastros, hospitales, escuelas y pavimentación y que buscaba que fuera del 11% del total de las inversiones nacionales. Los datos de la Dirección de Inversiones Públicas de la Secretaría de la Presidencia indican que, en la práctica, la inversión pública realizada durante ese sexenio en bienestar social, osciló entre el 8.4% y el 18.8% de la inversión total del sector público. En síntesis, no es fácil desprender de los datos anteriores la importancia relativa, en términos económicos y sociales, que se concedió a la salud pública. A su vez, el hecho de que se haya relegado a esta área tanto en el programa de inversión como en las formulaciones de políticas globales del gobierno federal, puede indicar las insuficiencias y ausencias de planificación sanitaria por parte de las instituciones públicas de salud y su capacidad para incorporarlas al modelo general de desarrollo económico y social.

Desde mediados de los cuarenta las políticas de salud pública quedan relegadas a un tercero o cuarto término en los programas del sector público. No significando que en el interior de las instituciones públicas de salud hayan estado ausentes los lineamientos básicos de su evolución y sus acciones, pero sí evidencia la poca importancia concedida a la salud dentro de los modelos generales de desarrollo económico y social de México. Se hace mención que en la mayoría de los países subdesarrollados los planificadores de la salud marchan con cierto rezago en comparación con los planificadores del resto de la actividad económica y social, ya sea por ignorancia, por temor, o incapacidad. En el caso de México no ha sido muy distinto. Debido a que la lógica del desarrollo capitalista contemporáneo ha dejado espacios que no han sabido aprovecharse para el desarrollo de medidas de salud pública que favorezcan en mayor grado a las clases populares.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

El Plan de Acción Inmediata en el marco de los acuerdos de la Alianza para el Progreso, influyen durante la administración de Adolfo López Mateos en materia de salud. Factores como el incremento demográfico y el estancamiento del crecimiento económico fueron dos de los que más influyeron sobre la elevación del gasto en beneficio social. Se estimó que, durante este periodo se debería destinar el 23.4% de la inversión pública a estos propósitos, con el fin de garantizar la atención de los problemas y necesidades sociales impostergables. El congelamiento de los programas de bienestar social durante más de 15 años había sido rebasado por las demandas y conflictos populares. El mantenimiento del orden social necesario para el desarrollo estabilizador requería de algunas concesiones y mecanismos de intermediación política, que implicaban liberar el presupuesto en materia de gastos sociales. Nuevamente, los planes y programas sanitario - asistenciales no se incorporaron de manera relevante a las políticas generales del Estado. No puede saberse con facilidad qué tanta importancia se dio a las acciones de salud pública y qué tanta atención fueron capaces de atraer las instituciones públicas de salud con respecto a otros capítulos del desarrollo económico y social. Únicamente puede decirse que, mientras la inversión proyectada para servicios públicos urbanos y rurales era del 11.4% de la inversión pública, la observada fue de 10.8%.

El Plan Nacional de Desarrollo Económico Social puesto en marcha por la administración de Gustavo Díaz Ordaz, se contempla en un marco de austeridad, la prestación de servicios públicos, con cuatro grandes objetivos para las políticas de salud y seguridad social:

- 1) incrementar la eficiencia de los servicios médicos en operación mediante su coordinación
- 2) intensificar los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes
- 3) ampliar los servicios de saneamiento básico e
- 4) incorporar a la seguridad social el aumento de la fuerza de trabajo urbana, e intentar entender los beneficios de aquélla a la población campesina.

Se crea " la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de la Salud Pública, Asistencia y Seguridad, formada por la SSA, el IMSS y el ISSSTE, cuyos objetivos eran:

- a. Disponer de mecanismos de planeación y programación nacionales
- b. evitar la duplicación de servicios con el consiguiente aumento del costo global de la atención médica
- c. lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos
- d. aumentar la capacidad de los servicios y ampliar la cobertura a la población que carece de servicios de atención a la salud.

Esta comisión encontró graves limitaciones, en parte por la falta de políticas y programas comunes, su decreto de Constitución fué derogado en 1979 " (43).

En los setentas se inicia una nueva etapa del desarrollo social en México, las crecientes carencias en materia de salud, alimentación, vivienda y educación no pueden ser ignoradas por el Gobierno, el cual empieza a desarrollar programas duplicatorios de actividades en los dos sexenios siguientes, sin que con ello se consiga reducir el rezago de salud ya existente.

**Durante la administración de Echeverría, de 1970 a 1976, con el fin de estimular el surgimiento de las políticas de bienestar social, se emite un gran número de planes y programas por parte del Estado mexicano, a través del desarrollo de las políticas de gasto corriente y de inversión en**

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

salud realizadas por el sector público, destinadas a la comunidad rural, vivienda popular, salud pública y seguridad social. Llegándose a concretar sólo algunas de estas metas, las cuales estaban contempladas en el primer Plan Nacional de Salud.

Dicho Plan abarca dos períodos: de 1974 a 1976 y de 1977 a 1983. Compuesto por 20 programas y 56 subprogramas, estableciéndose metas muy generales llenas de imprecisiones y promesas propagandísticas. Lo rescatable de él son sus proposiciones, como el buscar promover una red federal de hospitales, ampliar la atención a la salud prestada en las áreas rurales mediante casas de salud, médicos comunitarios, adiestramiento de personal paramédico de las propias comunidades. El desarrollar un plan nacional de alimentación, un fondo nacional de alimentos, un programa nacional de tratamiento de aguas y la constitución de un cuadro básico de medicamentos para los institutos del Sector Público.

" Pero entre la realidad y las metas propuestas siempre hubo una brecha profunda, lo que hizo del plan un documento demagógico y voluntarista con planteamientos puramente propositivos que nunca se convirtieron en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales. Además, careció de un modelo rector de atención a la salud en el país que orientara las metas adoptadas, las subordinara a objetivos generales sensatos y las adaptara a las circunstancias regionales .

" De cualquier manera, el Plan Nacional de Salud elaborado en 1974 parece haber quedado cancelado definitivamente. Si bien la administración lopezportillista no tomó ninguna posición explícita al respecto durante casi un año, en noviembre de 1977 el subsecretario de Planeación de la SSA declaró que el Plan Nacional de Salud era utópico e imposible de llevar a la práctica por falta de recursos económicos, porque no se han evaluado sus objetivos y por lo irreal de sus metas " (44).

Antes de continuar con lo realizado por la administración de López Portillo me parece oportuno el mencionar la influencia *internacional* que sobre el sistema de salud ejercieron las conclusiones en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (APS) patrocinada por la OMS y UNICEF en 1978 en Alma Ata Rusia, en la cual se propone a la APS como la estrategia para alcanzar el objetivo de salud para todos (45). \*

\* México como miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) suscribe en 1977 la postura surgida de dicha reunión en la que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero. Comprometiéndose, junto con las demás naciones, a asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que todos los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Adoptando nuestro país el compromiso internacional de alcanzar la salud para todos en el año 2000, concretándose con ello un compromiso que se traduce en distintas políticas, estrategias y programas, así como mayores recursos y mejores servicios.

" El énfasis de la APS está decididamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, basándose para esta tarea en la participación activa y democrática de la población. La atención médica, antes sinónimo de cuidado a la salud, queda ahora incluida en un marco más amplio e integrador, en el que también participan la alimentación, la educación, la vivienda, la infraestructura sanitaria y las comunicaciones.

\* La APS concretada en acciones específicas incluye, por lo menos, los ocho elementos siguientes: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención; la promoción de una nutrición adecuada, un abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, inclusive la planificación de la familia, la inmunización contra los principales enfermedades infecciosas; la prevención y

Después del fracaso del Plan Nacional de Salud elaborado en el sexenio echeverrista los mismos problemas como la crisis, las desigualdades, la ineficiencia y las grandes carencias del aparato público que proporciona servicios de salud siguen vigentes. Con el fin de dar solución a estos problemas la administración lopezportillista elaboró:

En Abril de 1977 la SSA dio a conocer los siete programas que llevaría a cabo el sector salud:

- 1) atención preventiva
- 2) atención curativa
- 3) capacitación de la población para la autoprotección de la salud
- 4) saneamiento y mejoramiento del medio
- 5) formación y desarrollo de recursos humanos
- 6) investigación ciencia y tecnología y
- 7) producción de bienes.

Dichas acciones siempre se han emprendido, pero son presentadas de acuerdo como corresponde al presupuesto por programas del sector. Lo ausente es un plan general que las dirija hacia objetivos concretos que tengan relación con la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

El Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano, se creó con el fin de superar, en 1982, el gran rezago nacional en materia de cobertura institucional de salud. El PEC planteó que en cinco años, serían cubiertas las necesidades de salud de 13 666 localidades mediante auxiliares de salud comunitaria.

Dicho personal comenzó a ser formado por la SSA, fundamentalmente, mujeres de comunidades mayores de 500 habitantes y menores de 2 500 personas, con escolaridad que sólo en ocasiones llegaba a la primaria completa. Se les adiestro durante un periodo de dos meses y no se les contrató como personal de base ni se les extendió un contrato por servicios profesionales. Se optó por darles un sueldo mensual de 500 pesos pagados indirectamente, a través de los comités de salud de las localidades, se les dotó de un maletín para curaciones y de botiquín con un cuadro básico de menos de veinte medicamentos que ellas mismas prescriben. Este personal, con esa capacitación y remuneración sin prestaciones iba a cubrir las necesidades de atención médica y de salud de 28 millones de personas que viven en comunidades rurales y suburbanas.

Simultáneamente empezó a operar el Programa Comunitario Rural (PCR), derivado de las proposiciones del Plan Nacional de Planificación Familiar y coordinado por la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil y Planificación Familiar de la SSA. El esquema básico de este programa fue el adiestramiento de auxiliares comunitarias de planificación familiar, un recurso semejante al empleado por el PEC, que en este caso sería coordinado en forma modular por una enfermera adiestrada especialmente. El resultado final de una

---

lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales".

**Kumate, Jesús. Soberón Guillermo SALUD PARA TODOS. ¿UTOPIA O REALIDAD ? p. 4**

triplicación de esfuerzos y recursos. La atención a la salud que impartía la SSA en el medio rural se situaba bajo los lineamientos de tres grandes programas que actuaban simultáneamente sin coordinación alguna: el PEC, el PCR y el grupo de programas ordinarios que existían desde mucho antes. Los fracasos experimentados por el PEC, las incontables duplicidades e incoordinaciones y la volubilidad existente en la planificación sanitaria, hicieron que la SSA suprimiera los dos programas arriba señalados y los unificara en un nuevo esquema de prestación de servicios para el campo, el Programa de Salud Rural (PSR) que lo único que ha hecho es integrar al PEC y al PCR y continuar las duplicaciones existentes con el programa ordinario y con las acciones específicas de los nuevos médicos familiares-comunitarios que también actúan en áreas rurales.

Entra a escena " el convenio IMSS-COPLAMAR, firmado en 1979, que se deriva del fracaso del PEC para extender la cobertura de servicios médicos, de la ineficiencia general de los servicios de la SSA, de la falta de coordinación efectiva y de planificación en la toma de decisiones que atañen a los organismos públicos de salud. Dicho convenio establecía que el IMSS llevará a cabo la atención médica a 10 millones de mexicanos que viven en zonas marginadas, en combinación con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados " (46).

El Programa de Acción del Sector Público, establece que para el área de salud el eje rector deben ser los programas y acciones de los grandes organismo en la materia : SSA, IMSS, ISSSTE y DIF. Llama a la solidarizarse socialmente a las instituciones privadas a fin de que destinen parte de sus recursos en la atención de la población más desprotegida, así como el seguir los lineamientos observados por el sector público referentes a la protección de la población en general. Y en el cual se plantean cuatro grandes líneas que, regirán las acciones de los sectores administrativos del gobierno:

- 1) reducir los déficit sociales acumulados en materia de salud, educación, vivienda y alimentación;
- 2) mejorar la calidad de la vida de los sectores mayoritarios de la población, incluyendo a los grupos medios;
- 3) propiciar una mayor integración de los grupos urbanos y rurales actualmente marginados y
- 4) reducir las corrientes migratorias hacia las grandes ciudades y hacia el exterior

"Como puede verse, se trata de un ejercicio demagógico y vago del voluntarismo social. En cuanto al área de salud y seguridad social, el programa de acción del sector público propone 17 objetivos igualmente utópicos, inasibles y vagamente definidos. Los que tienen que ver con la salud son los siguientes: " a) ampliar la cobertura de servicios de asistencia pública a todos los grupos que están al margen de la medicina institucional; b) proteger a la niñez contra riesgos de enfermedades contagiosas, derivadas de la desnutrición y la falta de higiene; c) asegurar la protección, a las mujeres embarazadas y a los niños en gestación, contra los riesgos de la desnutrición y la falta de higiene; d) garantizar que el mayor número de menores de 14 años reciba vacunación que los proteja contra el sarampión, tifoidea, tétanos, poliomielitis, etc.; e) lograr que los programas ginecobstetricia cubran a la población de las regiones y zonas marginadas; f) proporcionar educación higiénica y sanitaria a la población, para protegerla de la contaminación y de las enfermedades endémicas; g) incrementar los programas de planificación familiar y educación sexual y h) procurar el saneamiento del medio ambiente familiar y social.

Como se ve, muchos de ellos son muy parecidos a los del Segundo Plan Sexenal, elaborado 35 años atrás " (47).

De todas las consideraciones anteriores se desprende el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, que incluye lineamientos de política, objetivos a largo y mediano plazo y metas quinquenales, sin que en él se defina explícitamente como realizarlos.

Con la creación del Gabinete del Sector Salud a fines de 1978 se pretende coordinar las decisiones de esta materia, en forma de gabinete, el cual es integrado por los Secretarios de la SSA y de la SPP, por el jefe del DDF y por los directores generales del IMSS, del ISSSTE, del SINADIF y del ISSFAM. Dicho Gabinete se disgrega en cuatro comisiones encargadas de la :

- X Estructura y formación del Plan Nacional del Sector Salud
- X el Sistema Nacional de Información en el Sector Salud
- X normar la subrogación interinstitucional y
- X la regulación de inversiones y gasto corriente en el área.

" La Secretaría de Programación y Presupuesto preocupada por los cuantiosos recursos destinados a la atención médica a la población abierta promueve en agosto de 1981 la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud, último de los ocho grupos interinstitucionales que el presidente López Portillo estableció como instrumentos de coordinación interinstitucional. La Coordinación, con la colaboración de 20 estados, elaboró un amplio estudio sobre los modelos y las estrategias para integrar los servicios bajo un Sistema Nacional de Salud. La descentralización era uno de los pilares del Sistema, dando responsabilidad política a los estados para operar servicios propios, sectorizar aquellos de responsabilidad federal y estimular y conducir la participación ciudadana ", (48) Esto también podemos entenderlo a la luz de una medida de política económica, pues, la crisis y los compromisos internacionales implicaron, a precios constantes, un decremento del 47.1 por ciento del gasto de operación del sector salud. Otro pilar del Sistema propuesto fue la centralización de la normatividad financiera y técnica, único medio para lograr eficiencia y equidad en el marco del pacto federal.

La Coordinación Intersectorial sólo podría llevarse a cabo dentro de un Sistema Nacional de Salud capaz de integrar, dirigir y evaluar, tanto a nivel nacional como estatal y local. La historia muestra como las políticas en materia de salud se toman con decisiones centralistas y duplicatorias. \*

Al final de su administración el Presidente López Portillo informó que en los seis años de su mandato los mexicanos con acceso a los servicios médicos pasaron del 60 al 85% de la población, la red nacional de centros de salud y unidades hospitalarias aumentó en 1200

---

\* " Así las cosas, mientras que el programa COPLAMAR coordinó entre 1979 y 1982 a un grupo de entidades paraestatales en el esfuerzo común de integrar a los marginados, el Estado implantó los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES), sin que existiera relación alguna entre ambas instancias coordinadoras. Esta paradoja afectó a la salud, ya que el programa IMSS-COPLAMAR estableció relaciones con, por ejemplo, CONASUPO, más no así con la SSA ni con la SEP. Por otra parte, estas relaciones se dieron al nivel central, obviando la coordinación estatal, en la cual sí participaban las dos secretarías federales."

establecimientos, el IMSS tenía el sistema médico más grande del mundo, los hospitales registraron 2.7 millones de egresos y en 1982 se logró la autosuficiencia en la elaboración de vacunas contra la polio, el sarampión, antirrábicas y antitifoideas, B.C.G., D.P.T. y toxoide tetánico para consumo institucional. El índice de poliomielitis descendió y el de tosferina, y el Sistema Cartilla Nacional de Vacunación establecido en 1978 expidió 5 millones de constancias de registro. Contribuyó a los avances del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En la administración de De la Madrid se hacían evidentes los problemas históricos en materia de salud que no habían podido superarse y que se agravaron con la crisis económica. Como consecuencia de los planteamientos que la sociedad realizó en los diversos foros de participación democrática y mediante la importante colaboración técnica y financiera que la Organización Panamericana de la Salud, se tomaron cinco estrategias como pilares del actual Sistema Nacional de Salud.

**Modernización.\*** Evolucionó en tres vertientes: la compactación y racionalización de la estructura orgánico funcional, la adecuación legislativa y la superación profesional y técnica de los servidores de la salud.

---

\* " MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA. Implicó que al desprenderse la institución de la operación de los servicios por el proceso de descentralización, retuviera, en su capacidad de cabeza de sector, las funciones rectoras como coordinadora del Sector Salud y conductora del Sistema Nacional de Salud (SNS), a saber: normar, planear, evaluar y supervisar los servicios de salud, y ser un organismo de gestión financiera, dejando la operación d los servicios a los Estados y a otras entidades de la Administración Pública Federal

**SECTORIZACIÓN** El Sector Salud, que incluye las instituciones de Salud del Gobierno Federal, fue sistematizado para agrupar tres subsectores: 1) el programático que agrupa a las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE), a los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y a otros servicios de dependencias de la administración Pública Federal (Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos); 2) el administrativo que incluye a los Institutos Nacionales de Salud y tres hospitales descentralizados, y 3) el de asistencia social que comprende el sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud.

**DESCENTRALIZACIÓN.** Consistió en la transferencia de recursos y responsabilidades del Gobierno Federal a los gobiernos de los estados, y de éstos, incluso, a los gobiernos municipales, en lo que toca a la operación de los servicios de salud. Se llegó a descentralizar los servicios en 14 de las 32 entidades federativas del país, los cuales, sin embargo, representaban más a un alto nivel de decisión política. El Gabinete de salud era presidido por el Presidente de la República, y de aquél formaban parte los secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría de la Federación y de Salud; además los titulares del IMSS, ISSSTE y DIF.

**COORDINACIÓN INTERSECTORIAL.** Se instrumentó a través de la acción de dos cuerpos colegiados: el Consejo de Salubridad General y el Gabinete de salud, el primero con un carácter predominantemente técnico, en tanto que el segundo se orientaba más a un alto nivel de decisión política. El Gabinete de salud era presidido por el Presidente de la República, y de aquél formaban parte los secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría de la Federación y de Salud; además los titulares del IMSS, ISSSTE y DIF.

**PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.** Buscó promover el interés de la sociedad civil en la causa de la salud. Se impulsó, sobre todo, en tres dimensiones: 1) la educación para la salud que tuvo por objetivos a la población general y a grupos circunscritos, según el tema; 2) la participación de grupos sociales e institucionales en las Jornadas Nacionales de Vacunación, y 3) la inclusión de personajes de la sociedad civil en los comités de salud de los centros de salud y en los patronatos de hospitales e Institutos Nacionales de Salud.

**Funsalud, INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD, México 1995, p. 18**

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

**Sectorización.** Tuvo como resultados el papel normativo de la SSA, la coordinación, participación y apoyo interinstitucional.

**Descentralización.** A partir de 1984 todos los gobierno estatales asumieron la coordinación de los servicios federales

**Coordinación Intersectorial.** El Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General han sido foros eficientes para establecer las relaciones intersectoriales

**Participación de la comunidad.** Es una condición para que los programas y servicios de salud sean eficaces.

" Como punto de partida el presidente Miguel de la Madrid promovió una profunda reforma jurídica, estructural y operativa en el campo de la salud. En diciembre de 1982, sometió al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en sus artículos 37 y 39, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. \* Asimismo, presentó la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud, de todos los mexicanos, en vigor a partir del 4 de febrero de 1983. Posteriormente sometió a la consideración del Legislativo la iniciativa de la Ley General de Salud, disposición que entró en vigor en julio de 1984, y que define la naturaleza del derecho de la protección a la salud, establece las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud, las bases legales del Sistema Nacional de Salud y la distribución de competencias entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados. La consolidación del Sistema Nacional de Salud, constituye el instrumento básico para ampliar y mejorar la atención a la salud de los mexicanos.

" En el Programa Nacional de Salud se retoman los propósitos gubernamentales de política social del Plan Nacional de Desarrollo 1983 - 1988 cuyos lineamientos son:

---

\* Cabe mencionar por otro lado las coordinaciones que se crearon en materia de salud como el reglamento de la comisión interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud actualizado en marzo de 1987, establece en su artículo 1º que la comisión interinstitucional es un grupo de trabajo del Consejo de Salubridad General y está integrado por el secretario del Consejo que la preside y por los representantes de la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad de los Trabajadores del Estado y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, como vocales.

La comisión cumpliendo con sus atribuciones ha procedido a formar Comités Específicos para cada uno de los Cuadros Básicos, integrados por expertos representantes de las cuatro instituciones que conforman el Sector Salud, quienes han procedido a elaborar el listado de medicamentos que han conformado el Cuadro Básico de Medicamentos 1984 y desde entonces se tomaron en consideración los criterios que para la formulación de medicamentos esenciales tiene la Organización Mundial de Salud:

- X Selección de los medicamentos sobre la base de la mayor eficacia con el menor riesgo.
- X Eliminación de medicamentos cuya calidad haya sido superada, e inclusión de nuevos productos de valor terapéutico demostrado.
- X Supresión de duplicaciones de medicamentos con la misma acción farmacológica.
- X Exclusión de combinaciones infundadas de medicamentos.

Cuadro Básico de Medicamentos, Sistema Nacional de Salud 1989 P. 2 - 3

## ADMINISTRACIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN MÉDICA

- X La organización y modernización de los servicios de salud y el impulso de las acciones preventivas
- X La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud
- X La reorganización de la asistencia social y,
- X "El incremento de la productividad y la eficacia de los servicios" (49).

En síntesis, el esquema implantado para consolidar el Sistema Nacional de Salud, recoge y armoniza elementos puestos en práctica en el pasado e introduce nuevas formas para deslindar funciones y asignar responsabilidades a distintas instituciones de los sectores público, social y privado comprometidas todas, con instrumentos programáticos elaborados en consenso, con el cuidado de la salud de la población.

"A partir de esta legislación y con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, se formuló y empezó a ejecutar el Programa Nacional de Salud, que constituye el elemento rector de las acciones dirigidas a la consolidación del sistema y, consecuentemente, al cumplimiento creciente del derecho social a la protección a la salud que deben ejercer todos y cada uno de los mexicanos.

"De esta manera, en el cometido de llevar a cabo esta política social se han hecho confluír: un mandato, que expresa en el artículo cuarto constitucional y su reglamentación respectiva; un instrumento, que se significa en el Sistema Nacional de Salud, y un instructivo, que corresponde al Programa Nacional de Salud" (50).

El programa de salud fijó las siguientes metas para el periodo 1984-1988: reducir la tasa de mortalidad a 5.7 por cada mil habitantes; elevar la esperanza de vida de 64 a 67 años; llegar a 7.6 millones de usuarios activos de métodos anticonceptivos modernos; reducir la tasa global de fecundidad; abatir las tasas de morbilidad de poliomielitis, sarampión, tosferina, tétanos, tuberculosis sífilis. Sin embargo, dos factores, la escasez de recursos y la falta de coordinación institucional, obstaculizan el nivel óptimo de la medicina preventiva.

Durante el sexenio salinista (1988 - 1994) el objeto más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social perseguía impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficientes, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios, con énfasis en la atención de primer nivel.

Las estrategias generales que rigen las acciones del sector son:

- X elevación de la calidad de los servicios de salud
- X atenuar las desigualdades sociales
- X modernizar el sistema de salud
- X descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud (51)

Se tenía en cuenta la educación, prevención y, el fomento a la salud, insistiendo en la implantación de el modelo de Atención Primaria de Salud, pretendiendo ahora consolidar la coordinación del Sistema Nacional de Salud, fortalecer los sistemas locales de salud, reforzándolos y extendiéndolos, impulsar la Atención Primaria de Salud en todo tiempo y lugar y continuar con la política de descentralización de los servicios de salud.

Durante dicho sexenio, los programas instrumentados van orientados hacia la reducción de enfermedades infecto-contagiosas mediante Programas Nacionales de Vacunación, reducir la natalidad mediante programas de planificación familiar logrando una tasa de natalidad de 1.9% anual (52) la construcción, habilitación y conservación de hospitales así como el incremento en desayunos escolares y la ampliación de la cobertura de la seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de los servicios de salud a las comunidades no derechohabientes. Todo ello consigue que la UNICEF declare que México es el país que ha reducido con mayor rapidez la mortalidad infantil en el mundo occidental (53). En 1993 se crea el Consejo para la Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas el cual se encarga de dar un seguimiento a este tipo de padecimientos mediante campañas educativas y acciones directas en contra del mal detectado.

El análisis sobre la evolución en la respuesta social que ha tenido el gobierno para satisfacer las demandas que la sociedad reclama en materia de atención médica, puede verse limitada en cuanto al enfoque que a ella se le dé. Esa respuesta social organizada a su vez, puede estar determinada por presiones de tipo social, político, económico, legislativo de derechos humanos o por compromisos internacionales.

Las variables que he considerado influyen en la evolución de la política en salud y que se analizan en ésta transición son: el desarrollo económico y los criterios de extensión de cobertura de servicios. La primera de ellas desarrollada en las etapas de la economía mexicana desde 1940 hasta 1994, la segunda en la evolución histórica de cuales han sido los criterios (o dilemas) para la extensión de cobertura de los servicios de salud de 1917 a 1983.

## ✓ DESARROLLO ECONÓMICO

### El crecimiento sostenido o periodo de despegue (1940 - 1954)

*Manuel Ávila Camacho; Miguel Alemán Valdés.* " Se caracterizó por un persistente superávit fiscal, usado para el reembolso de la deuda contraída a raíz de la nacionalización de importantes industrias antes de la guerra. La deuda pública externa como porcentaje del PIB descendió de 45 a 11 por ciento entre 1940 y 1954, en tanto que la cuenta externa corriente registró un déficit anual promedio de menos del 1.5 por ciento del PIB " (54). Se establecieron programas amplios de gasto gubernamental en infraestructura, proyectos de irrigación y electrificación. La participación del Estado como productor directo de insumos e incluso bienes de inversión para apoyar los procesos de industrialización se amplió en forma considerable.

Si bien existían beneficios, por otro lado existen problemas que se agravaban debido al crecimiento demográfico y el consiguiente incremento de la demanda de bienes y servicios y, en especial, de oportunidades de empleo.

La inflación, medida por el deflactor del PIB, tuvo un promedio de más del 10 por ciento entre 1940 y 1954, ello implicó una pérdida gradual de la competitividad internacional y una duplicación del tipo de cambio peso-dólar, como resultado de las dos grandes devaluaciones ocurridas en 1948 y 1954.

### **Desarrollo estabilizador (1956 - 1970 )**

*Adolfo Ruiz Cortinez, Adolfo López Mateos, Gustavo Díaz Ordaz.* Durante la década de los 60's, el manejo de la política económica privilegió la estabilidad macroeconómica asociada al equilibrio de la finanzas públicas.

" Las variables monetarias y crediticias se expandían en forma moderada, al igual que el gasto público, a fin de no poner en peligro la estabilidad de precios lograda; como contraparte, la prestación de servicios públicos mostraba rezagos que, ante el crecimiento poblacional, empezaban a generar tensiones sociales. Los resultados de esta etapa fueron la continuación del crecimiento económico de poco más del 6.0 por ciento anual, una notable estabilidad de precios al rededor de 3.0 porcentuales en promedio por año, la paridad del tipo de cambio se mantuvo estable en 12.5 pesos por dólar y se presentó un crecimiento significativo de la productividad " (55).

### **El populismo (1970 - 1982 )**

*Luis Echeverría Álvarez, José López-Portillo y Pacheco.* La administración de Luis Echeverría da un giro a la política económica, y principia un periodo de política fiscal expansiva, que tenía entre sus objetivos el abatimiento de los rezagos sociales antes mencionados y, en el terreno económico, la recuperación del dinamismo perdido, impulsando la demanda a través del gasto público. Sin embargo, la política fiscal enfrentó contradicciones que limitaron su alcance, en especial, el aceleramiento de las presiones inflacionarias hizo que las variables fiscales y monetarias estuvieran orientadas por propósitos encontrados, situación que derivó en la crisis de 1976.

En materia de gasto público, la intención antes mencionada de abatir rezagos sociales se encontró con fuertes oposiciones principalmente del empresariado, buscándose otras fuentes alternativas de financiamiento como lo fue la expansión monetaria, y cuando el agudizamiento de las presiones inflacionarias lo determinó, el endeudamiento con el exterior.

" Las presiones inflacionarias que se venían presentando anteriormente como resultados en parte de la crisis agrícola, se fueron agudizando a lo largo de esta administración; a esto contribuyó el shock petrolero y la consiguiente inflación internacional, por la vía de las importaciones, la expansión monetaria como fuente de financiamiento del déficit fiscal. La necesidad de evitar una mayor inflación hizo que se recurriera en forma creciente a la deuda externa. Sin embargo la creciente incapacidad de la economía para financiar sus importaciones y el propio proceso inflacionario hacían cada vez más difícil la situación del sector externo; el proceso de endeudamiento reforzó los desequilibrios, dando fin a un largo periodo de estabilidad cambiaria e iniciándose una severa crisis económica " (56)

La administración lopezportillista pone en marcha un programa de estabilización tendiente a reducir los principales desequilibrios macroeconómicos en especial el que afecta al sector externo. Después del rumor confirmado de la existencia de grandes yacimiento petrolíferos se adoptaron políticas de gasto deficitario y de expansión monetaria agresiva, fácilmente financiadas mediante crédito bancario externo y a tasas de interés realmente bajas o incluso negativas. A la devaluación del 1º de septiembre de 1976 se añade una política de restricción a las importaciones con el objeto de aliviar las presiones sobre la balanza de pagos; en lo interno,

las principales medidas adoptadas se encaminan a la reducción de la inflación a través del manejo contractivo de la demanda agregada.

La economía registra en estos años una tasa promedio de crecimiento de 8.6 por ciento, esto hace que se generen cuellos de botella en ciertas ramas de la producción en especial en las de algunos bienes intermedios y de capital, en consecuencia, las importaciones empiezan a crecer aceleradamente, con lo que se incurre nuevamente en un déficit comercial y en cuenta corriente que tiene que ser financiado con endeudamiento externo.

La paridad cambiaria, los precios y tarifas públicos, los precios de una amplia gama de productos básicos y los salarios se mantuvieron prácticamente fijos, esto determinó la necesidad de incrementar substancialmente los subsidios, lo que a su vez contribuyó a aumentar el déficit financiero, que pasa de 6.7 por ciento del PIB en 1978 a 7.5 en 1980 y 14.1 en 1981, los cuales desembocaron en la "crisis de la deuda" en 1982

Los desequilibrios antes mencionados hacen crisis durante 1982, ocasionando la devaluación de febrero y la puesta en marcha de un programa de recorte del gasto público; las medidas resultan insuficientes para corregir los desequilibrios y en agosto se verifica una nueva devaluación del peso y una virtual suspensión de pagos al exterior.

### **Reorganización económica ( 1982 - 1987)**

*Miguel de la Madrid Hurtado.* Esta administración " pone en marcha un severo programa de estabilización, \* cuyo principal objetivo es reducir la inflación. Para ello se recurrió al manejo contractivo de la demanda agregada, que incluyó la reducción del déficit financiero, una política de contención salarial y una astringencia crediticia que contribuyó a reducir aún más la inversión privada.

" Las drásticas medidas instrumentadas dieron lugar a una contracción del PIB en 1983 del orden del 4.2 por ciento, mientras que el índice de precios al consumidor se ubicó en la cifra de 101.9 por ciento. En 1984 el PIB creció en 3.6 por ciento a una inflación de 65.4, mientras que el sector externo siguió mostrando superávit y las fuga de capitales se redujo. Sin embargo, la inestabilidad del mercado petrolero y la pérdida de dinamismo de las exportaciones no petroleras generaron nuevamente expectativas devaluatorias y fuga de capitales, por lo que se optó por una nueva devaluación " (57).

---

\* El enfoque ortodoxo (estabilización) tiene tres elementos centrales: 1. control monetario. 2. control del déficit fiscal y 3. control de las expectativas. Hay un cuarto elemento adicional que si no es contemplado en el esquema teórico generalmente se implanta en la práctica: 4. control salarial. La lógica teórica del enfoque ortodoxo supone que la inflación se en esencia 1. un fenómeno monetario, debido a que sólo existe en una economía monetaria, implica una pérdida del poder adquisitivo del dinero y cuando es persistente tiene que ser alimentada por una expansión monetaria. 2. El déficit fiscal es la causa principal que produce la expansión monetaria debido a los gastos en empleo público, déficit de empresas estatales subsidios gubernamentales. etc. Proponiendo el enfoque ortodoxo políticas monetarias y fiscales restrictivas para combatir la inflación.

Por otro lado el enfoque heterodoxo (ajuste) tiene como propósito central el combate inflacionario de sus dos variables la inflación inercial y la original mediante el control de precios y salarios, de las tarifas del sector público, del tipo de cambio y del equilibrio entre ingreso y gasto.

Las finanzas públicas reflejan tanto la caída de los ingresos petroleros como, de manera importante, un incremento en el gasto total que se origina en un aumento de la tasa de interés sobre la deuda pública interna. En efecto, al incrementarse la tasa de interés interna para evitar fugas de capital, entre 1985 y 1986 el monto total de intereses internos a pagar aumenta en 4.3 puntos del PIB, con lo que el pago total de intereses sube al 16.5 por ciento del PIB.

A lo largo de 1987 las tasa mensuales de inflación muestran una tendencia ascendente, esto lleva a la necesidad de otorgar frecuentes aumentos salariales, lo que retroalimenta la devaluación. La favorable evolución del sector externo permite un aumento de las reservas internacionales, en 6.9 mil millones de dólares. En parte como resultado de la actividad económica durante 1987, en que se registró un crecimiento de 1.7 por ciento.

### **Estabilización económica (1987 - 1994)**

*Carlos Salinas de Gortari.* " Hacia finales de 1987 se pone en marcha el llamado ' Pacto de Solidaridad Económica' (PSE), un programa de combate frontal a la inflación que incluye medidas de tipo heterodoxo y que está basado en un sistema de concertación entre los sectores productivos del país. Entre las principales medidas, se incluyen; la reducción de déficit público, la devaluación del tipo de cambio en un momento de fuertes presiones especulativas; una revisión inicial a la alza de precios y tarifas públicos, de los salarios y de las tasas de interés, seguida por el congelamiento de precios y salarios y una gradual reducción a las tasas de interés; las restricciones del crédito; la aceleración de la apertura comercial de la economía y de la privatización de empresas de participación estatal.

" Los resultados del PSE fueron considerados relativamente exitosos. Esto llevó a la administración salinista a proponer la continuación del Pacto, bajo el nombre de Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico (PECE) "(58).

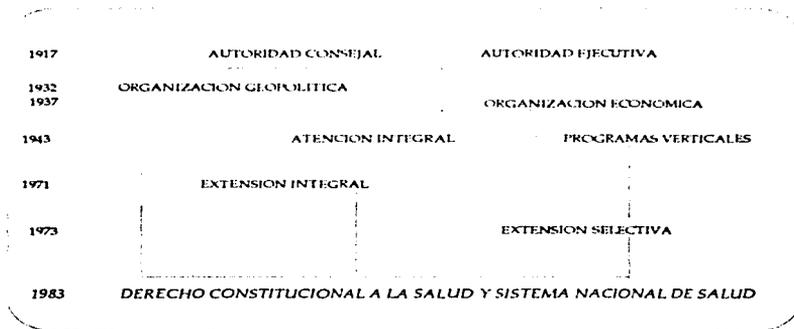
Dentro de las estrategias diseñadas para el largo plazo están las reformas en las finanzas públicas. Como se ha mencionado, las finanzas públicas han estado sometidas a un proceso de saneamiento prácticamente ininterrumpido desde 1982. De manera paralela se ha llevado a cabo un proceso de reestructuración del sector público, dentro del cual se inscribe la contracción y la reorganización del sector central, en donde destaca la desaparición de la Secretaría de Programación y Presupuesto, así como la privatización y liquidación de una parte importante del sector paraestatal.

" La estabilización de la economía después de la crisis de la deuda en 1982 no fue uniforme y gradual, sino que más bien siguió un recorrido accidentado. Es posible distinguir tres fases principales:

1983 a 1985: el 'Programa Inmediato de Reordenación Económica' (PIRE)  
1986 a 1987: renovadas crisis de confianza y, en 1986, el derrumbe de los precios del petróleo  
1988 a 1990: alivio de la deuda, concertación social y recuperación de la confianza y del crecimiento " (59).

## ✓ DILEMAS EN LA EXTENSIÓN DE COBERTURA

Al referirme a "dilemas", tomo éste término de Kumate y Soberón, que en su libro "Salud para todos, ¿utopía o realidad?", exponen cuales han sido los criterios para instrumentar la orientación de la política pública para la prestación de servicios médicos a la población. Esa evolución histórica de los principios de extensión de cobertura en México de 1917 a 1983 se presentan en el siguiente cuadro.



Los dilemas observados son :

### La autoridad consejal vs la autoridad ejecutiva

" Con la Revolución de 1910 surgió la concepción de la autoridad ejecutiva en la salud pública, opuesta al Consejojalismo. El Consejojalismo se heredó del siglo XIX y estaba representado por el Consejo Superior de Salubridad, que pretendía influir sobre el comportamiento público y privado a través de la autoridad racional de reconocidos hombres de ciencia, al margen de los avatares de las contiendas que siempre amenazaban el dictum positivista de "orden y progreso"(60).

La acción fundada en la autoridad ejecutiva pugnaba, por el contrario, por un Estado fuerte e interventor capaz de arribar a los anhelos de los millones de mexicanos que habían luchado. La autoridad consejal era vista bajo esta perspectiva como carente de fuerza. La Constitución de 1917 plasmó estas dos corrientes del pensamiento salubrista como fórmula pragmática para encarar las necesidades de higiene de las ciudades y puertos.

Las autoridades municipales, apoyadas por consejos estatales y por el Consejo Superior de Salubridad y el Código Sanitario, buscaba implantar la "higiene social" y pese a que las fuerzas revolucionarias buscaban establecer un Estado fuerte y autónomo aceptando el concepto de salud heredado del pasado, el cual concebía a la ciudad como un hábitat peligroso para la salud y al campo como el medio natural del hombre.

La promoción de una Secretaría de Salubridad se vio limitada por la Constitución la cual estableció sólo la creación de un Departamento de Salubridad con jurisdicción federal, legitimó al consejalismo al reinstaurar el Consejo Superior de Salubridad

### **los criterios geopolíticos vs los criterios económicos**

Presiones internacionales influyeron sobre la centralización capitalina de la política sanitaria y propugnaron por la organización de los servicios de salud como base en un criterio geopolítico. El cual privilegió la organización gubernamental local para financiar y efectuar la acción sanitaria, apoyada en órganos técnicos descentralizados. A partir de 1934 se contrapuso a este criterio una concepción diferente: la organización de la atención a la salud según criterios de importancia económica. Bajo esta perspectiva, las políticas de salud habrían de privilegiar directamente el fortalecimiento de aquellos grupos económicos prioritarios para el desarrollo nacional.

El modelo geopolítico de organización de los servicios sanitarios cedió espacio al modelo de organización económica que, estaba fundamentado en el aprovisionamiento de servicios personales de salud para los trabajadores de mayor importancia económica.

Para encarar el problema que la enfermedad planteaba a la organización económica ejidal y que los servicios coordinados eran incapaces de resolver, el Departamento de Salubridad estableció una Dirección de Medicina Social para financiar aquellos servicios que surgieron de la iniciativa de los propios campesinos y los establecidos por orden central en zonas ejidales y agroindustriales.

En la década de los sesentas, la política económica había cambiado y se privilegió desde entonces al trabajador industrial urbano. Hacia 1969, sólo la minoría de los ejidatarios tenían acceso al nuevo régimen modificado de campo del IMSS. El resto de la infraestructura y sus derechohabientes pasaron a ser parte de los servicios coordinados.

### **la atención integral corporativa vs los programas verticales**

La organización con base en criterios económicos evolucionó durante la década de los cuarentas y cincuentas, en dos direcciones: una apoyada en una base corporativa y representada por las instituciones de seguridad social y la segunda, sin una base definida y conformada alrededor de criterios técnicos.

" La postura corporativa pugnaba por estrechar las relaciones entre capital y trabajo con la intermediación del Estado; la atención a la salud se organizó entonces alrededor del IMSS. Al mismo tiempo, los que impulsaban la política que privilegiaba los criterios técnicos fomentaron programas verticales dirigidos a combatir enfermedades específicas. Dichos programas se dirigían a aquellos problemas de salud que se pensaba tenían una relación directa con el desarrollo económico, tal como el paludismo y la tuberculosis, entre otros. Esta postura técnica se justificó en una concepción de la salud como inversión económica para hacer disponible una mayor fuerza de trabajo y aumentar su productividad. La diferencia entre esta concepción y el enfoque corporativista es que la primera se aplica a una fuerza de trabajo abstracta, disociada de los grupos sociales específicos y de sus intereses " (61).

La yuxtaposición de la base técnica con la corporativa dio origen a múltiples instancias administrativas que hallaban justificación en que habían perdido su relación con una población concreta, a la vez que con sus fuentes de financiamiento. El modelo hospitalario que se inicia en los tiempos de la colonia, se consolida con la creación de los Hospitales Juárez y General y se moderniza con la creación de los tres primeros Institutos Nacionales de Salud (Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Cardiología e Instituto Nacional de Nutrición) y, más tarde con los Centros Médicos de La Raza y Nacional del IMSS, que enfatizó esta tendencia, ya que su espacio de acción era también definido por la enfermedad y no por la persona y su realidad socioeconómica. Esta diversidad de programas fragmentó la autoridad sanitaria del país y promovió la inequidad en la distribución de los magros recursos destinados a la salud entre 1940 y 1958. Esta fragmentación se manifestó con mayor fuerza a fines de los cincuentas, como demuestra la multiplicidad de órganos administrativos constituidos sobre los siguientes cinco criterios organizativos:

- ✕ ataque a enfermedades específicas, por medio de órganos específicos
- ✕ apoyo económico a grupos ocupacionales definidos, a través de varios órganos
- ✕ la modificación de factores condicionantes de la salud, a través de varios órganos
- ✕ la provisión de servicios médicos a grupos definidos territorialmente a través de Servicios Coordinados Estatales o Servicios Médicos del Distrito Federal.
- ✕ la administración de la infraestructura a través de la Comisión Nacional de Planeación y Organización de Hospitales.

El paradigma de la salud como inversión económica produjo, a más de la verticalización y fragmentación de las políticas, la anarquía en su aplicación, toda vez que se carecía de una concepción clara de los beneficios económicos o políticos obtenidos y las mejores vías para la implantación de los programas.

#### **la extensión de cobertura con servicios integrales vs la extensión con programas selectivos.**

En las décadas de los años sesenta y setenta se presenció el surgimiento de un nuevo dilema: ¿Cómo se extenderían los programas de servicios integrales o selectivos en las instituciones de seguridad social y en la Secretaría de Salubridad y Asistencia?, los esfuerzos integradores del Plan Nacional de Salud de 1974 propuesto por la administración de Echeverría no lo consiguieron.

A principio de los setentas se incrementaron políticas con el fin de cubrir a 35 millones de mexicanos que carecían de los servicios de salud, por un lado el IMSS con la infraestructura de silos para granos de CONASUPO prestó atención médica en ellos a fin de proveer servicios asistenciales y de salud pública, dejando fuera la atención integral a la población solidariohabitante, la promoción de la salud, las obras de saneamiento y los hospitales de tercer nivel.

Por su parte la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con ayuda de financiamiento internacional y con el cometido expreso de extender el nuevo programa de planificación familiar, implantó el Programa de Salud Rural, utilizando personal con rudimentaria educación formal y entrenamiento elemental pretendía buscar el balance dinámico entre necesidades de salud y disponibilidad de recursos para satisfacerla.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Con el auge petrolero se pudo destinar mayores recursos a las clases marginadas a través del programa COPLAMAR, que junto con el IMSS y el apoyo del Gobierno Federal se logró la implantación de 3025 unidades médicas rurales, así como 60 hospitales en localidades remotas del país representando esto una cobertura de 10.3 millones de habitantes. Al mismo tiempo la SSA se encargaba de atender a la población urbana desprotegida a través del Programa de Atención Primaria a la Salud de la Población Marginada en las Grandes Urbes, mediante la construcción de 255 centros comunitarios y cubriendo a 45 millones de personas. Buscando complementar la red de centros de salud más pequeños y escalonar el acceso a los hospitales que la Secretaría ya tenía en las ciudades. El programa no consiguió cumplir totalmente su cometido ya que se implantó sobre una estructura administrativa fragmentada, lo que imposibilitó que las innovaciones beneficiaran con equidad a toda la población. Es por ello que puede decirse que el IMSS-COPLAMAR y el programa de la SSA no lograron superar el dilema entre atención selectiva y atención solidaria para conseguir una verdadera atención integral y equitativa de la población.

Actualmente, en el Sistema Nacional de Salud " se prestan servicios de atención médica, salud pública, asistencia y seguridad social a través de tres tipos de instituciones: las públicas que atienden a la población no asegurada o población abierta 35%, las de seguridad social que cubren a la derechohabiente 59% y las que prestan servicios sociales y privados 37% de la demanda. Es en el S.N.S. en donde se establecen los mecanismos de coordinación de acciones, tales como las de vacunación universal: de control y prevención de enfermedades diarreicas como la lucha contra el cólera: de atención materno infantil, salud reproductiva y planificación familiar, las tendientes a evitar la propagación de enfermedades sexuales transmisibles, así como el SIDA, de impulso a los programas de educación y fomento a la salud; y en general acciones de atención primaria a la salud con la participación de la comunidad " (62)

## CAPITULO IV TRANSICIÓN INSTITUCIONAL

Propiciar el desarrollo de los servicios que favorezcan al mejoramiento de la salud del pueblo, tiene un costo que se convierte fácilmente en bien de inversión. El criterio de asignar un valor económico a la vida humana es muy antiguo, data del Siglo XIV, cuando el francés Juan Bodoni afirmó que "la mayor riqueza de un país es su población".

### EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La administración pública, específicamente en salud, ha tenido una transformación dinámica a partir de 1520, cuando las necesidades poblacionales se conforman en una demanda hacia el Estado mexicano, a fin de que por su intervención, se creen las condiciones necesarias para conformar una infraestructura en atención médica a la sociedad.

En esa transición institucional, el acceso real a la atención médica no depende de las disposiciones legislativas, ni de las resoluciones de los distintos organismos a nivel internacional o de la doctrina que sobre salud adopte el Estado, depende, como se mencionó, de las características del desarrollo económico-social del país, de las condiciones concretas de existencia y organización de los grupos sociales y de la necesidad que tiene el aparato productivo y el mismo Estado de tales grupos, pues ellas son las que permiten y regulan la extensión del campo de aplicación de las prestaciones y servicios de los seguros sociales a los diferentes sectores de la población. \* En esta relación se ejemplifican las funciones de dirección y dominación que ejerce el Estado a través de la administración pública.

El desarrollo del capítulo lo presento en tres apartados, cada uno de ellos enfocado a un grupo social específico, así como a la transición de las instituciones públicas dedicadas al cuidado de la salud de esos grupos.

Un primer grupo social homogéneo, implícito dentro de la burocracia, el cual menciono aparte debido a la naturaleza de su función social, y las necesidades de atención médica inherentes a sus actividades en tierra, mar y aire: la milicia.

En el segundo grupo conformado por la población productiva "formal" puede diferenciarse en actividades de los sectores privado y público. De acuerdo al esquema de seguro social contratado, el 1er grupo disfruta de diversas prestaciones sociales, entre ella, la atención médica,

---

\* " Sin embargo, cabe señalar que los regímenes de seguridad social pueden convertirse, y de hecho así ha sucedido, en "sistemas de discriminación social", ya que en la mayoría de los casos prevalecen las bases doctrinales que dieron origen a los seguros sociales, las cuales consideran como sujetos de aseguramiento a las personas que se encuentran en una relación de trabajo y tienen capacidad contributiva, haciendo extensivas las prestaciones a quienes dependen económicamente de aquéllas, aunque con algunas limitaciones que imponen las legislaciones de los seguros sociales respectivos. "

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

a fin de mantener " sana " la mano de obra. En tanto que el Estado necesita cuidar la salud de la burocracia para garantizar, por éste medio, su propio sustento y legitimación. \*\*

La mayoría de las personas que carecen de un empleo fijo o están desempleadas no tienen acceso a la infraestructura de salud y a las prestaciones económicas, situación que las obliga a refugiarse en los servicios sanitario asistenciales de los organismos de salud pública o a recibir las dádivas de la beneficencia o caridad privada para buscar solución a sus problemas de salud. Ellos conforman el tercer grupo.

Es importante destacar que la mayoría de la población que se beneficia de algún sistema de seguridad social se encuentra en el medio urbano, en tanto que la población rural en su inmensa mayoría no tiene acceso a la seguridad social (con excepción de los cañeros, henequeneros, tabacaleros y otros que, por otra parte, están inscritos en el régimen modificado y no cuentan con todas las prestaciones económicas del régimen ordinario del medio urbano).

### ✓ **SERVICIOS MÉDICOS PARA LA MILICIA**

" Como en todo el mundo, las fuerzas militares en América Latina son un grupo favorecido y su salud está bien protegida como alta prioridad política. Los primeros de todos los hospitales construidos por los colonos españoles fueron para sus militares, y algunas de las mejores instalaciones actuales están hoy dedicadas al ejército y la marina. El personal médico y de enfermería con que cuentan para servir a esos hombres es también numeroso; en algunos países son incluso adiestrados en escuelas especiales del ejército con personal altamente capacitado ... Las personas que dependen del personal militar también suelen gozar de los servicios especiales del ejército " ( 62).

### **SERVICIOS DE SANIDAD NAVAL ARMADA DE MÉXICO ( SECRETARIA DE MARINA )**

La llegada de los españoles a México marca la unión de la medicina con la armada; en 1520, el capitán naviero, Hernán Cortés, solicitó médicos en sus cartas a Carlos V. Creándose en 1566 la primera escuela de medicina, a la que tenían acceso prioritario los militares españoles. La Armada del Ejército y la Marina empezó en 1631 a dar contribuciones a hospitales, a manera de

---

\*\* " Por su parte, los servidores públicos se encuentran inmersos dentro de un ordenamiento jurídico-administrativo, por lo cual es preocupación permanente del gobierno de la República, el mejorar y ampliar los esquemas de integración, desarrollo, remuneración y seguridad social, a fin de que el personal disponga de opciones que contribuyan a elevar su nivel de vida ...

\* **Esto es factible** gracias al entorno favorable que existe en las relaciones laborales que el gobierno sostiene tanto con su personal, como con las organizaciones sindicales bajo criterios de legalidad, flexibilidad, responsabilidad, responsabilidad y participación "

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

seguro social hospitalario: se estableció así, el derecho a la protección de la salud de los militares.

En 1916 el Consejo de Salubridad aprobó un proyecto de Reglamento de Sanidad Marina y en el marco de la Constitución de 1917, el artículo 32 nacionaliza la Marina; en el 73 pasó la salubridad general al poder nacional y se creó el Departamento de Salubridad; y en el artículo 123 se dictaron las bases para la seguridad social del trabajador. Mas tarde, en 1918, nació el Reglamento del Consejo Médico Legal y en 1934 se creó la Ley de Disciplina del Ejército y la Armada. Bajo el régimen de Cárdenas se cimentaron las bases de lo que sería el Departamento Autónomo de la Marina Nacional (1939), después Secretaría de Marina (1940). "(63)

En diciembre de ese año, se elevó el Departamento de Marina a categoría de Secretaría de Estado, creándose el Departamento Médico de Marina Nacional, con atención a dependencias de Pesca, Faros y Marina Mercante y dos ramas: Sanitaria Marina para la atención del personal civil y Sanitaria Naval para el personal militar, para inaugurar en 1945 un hospital nuevo para sus servicios médicos. Creándose el servicio médico organizado a bordo, el establecimiento de un plan sexenal en las cuatro zonas navales (dos en el pacífico: Guaymas y Acapulco; dos en el Golfo: Veracruz y Cd. del Carmen.

En 1951 se unificaron las dos ramas del Departamento médico, Sanidad Marítima y Sanidad Naval, por el inconveniente de la duplicación de equipo y personal. Desde el punto de vista de estructura, el departamento quedó adscrito a la Dirección General de Cuenta y Administración, la cual a su vez dependía de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Marina. Para que en enero de 1978 con la modificación de la Ley Orgánica de la Armada de México, los Servicios Médicos pasan a denominarse Dirección General de Sanidad Naval.

### **Base legal**

- × " Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D. O. 5 de Febrero 1977, Título 6º Artículo 123 Apartado B Fracción XI Inciso A, C, D.
- × Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas 29 de Junio de 1976 Título 2º Capitulo 6 Artículo 164
- × Ley Orgánica de la Administración Pública Federal D. O. 29 Diciembre 1976 Título 2º Artículo 30 Fracción XVI
- × Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos D. O. 31 Diciembre 1892 Artículo 7 Fracción VIII Artículo 47 Fracción 2
- × Ley Orgánica de la Armada de México D. O. 14 Enero 1985 " (64)

### **Nivel de dependencia**

" La estructura orgánica de la Secretaría de Marina, Armada de México, sitúa la Dirección General de Sanidad Naval en dependencia directa de la Coordinación General de Servicios Administrativos, la cual a su vez está subordinada a la Jefatura de Operaciones Navales.

" Esta Jefatura es el mando superior de la Armada de México, la cual depende directamente del secretario de Marina. Como la ciudad de México es la sede de las tres autoridades superiores citadas, el cuerpo de gobierno de Sanidad Naval radica también en el Distrito Federal. " (65)

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### **Organización**

" La Armada de México es una institución militar nacional de carácter permanente, cuya misión es emplear el poder naval de la Federación para procurar la seguridad interior y la defensa exterior del país.

" Para cumplir con la salvaguarda de la seguridad interior y llevar a cabo la defensa exterior del país, la Armada de México tiene asignados los litorales del Océano Pacífico, el Golfo de México, Mar Caribe e islas; y , en atención a esta tarea, ambas franjas están divididas estratégicamente en 17 zonas navales. " (66) Cada zona naval o sector cuenta con un establecimiento médico de diversa capacidad y nivel de atención, de acuerdo con la población derechohabiente de la localidad.

" La Dirección General de Sanidad Naval es una dependencia médica y militar de la Armada de México encargada de impartir atención médica integral a los militares marinos y a sus derechohabientes. Para ello se debe contar con instalaciones adecuadas en todos los niveles de operación y dotarse a Sanidad Naval de establecimientos médicos en las diferentes unidades, que converjan en un hospital central, para así asegurar la continuidad orgánica y funcional y el óptimo servicio asistencial. " (67)

Los establecimientos médicos en número de 50 en tierra y 68 a flote, dan atención a los derechohabientes adscritos al sistema; además de proporcionar atención a población abierta, ya sea en forma programada, urgente o por emergencias producto de desastres.

Los servicios que brindan se clasifican programáticamente en:

X Consulta de medicina general	X Consulta de especialidades
X Urgencias	X Hospitalización de medicina general
X Formación de recursos humanos	X Medicina preventiva
X Promoción de la salud	X Investigación médico-clínica

Estos, se agrupan según los tres niveles de atención conocidos, en un proceso que llevará a la regionalización de los Servicios Médicos, cumpliendo con el mandato presidencial de descentralización administrativa

### **ESTRUCTURA ORGÁNICA**

**Dirección general**

**Consejo Técnico Consultivo**

**Comités**

**Dirección de Establecimientos Foráneos**

**Subdirección**

**Departamento de Evaluación Médica**

**Departamento de Higiene Mental**

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### Dirección de promoción a la Salud

#### Subdirección

Departamento de Salud Mental  
Departamento de Medicina Preventiva  
Departamento de Bioestadística

### Dirección de Logística de Establecimientos Médicos

#### Subdirección

Departamento de Abastecimientos  
Departamento de Inventario y Archivo  
Departamento de Recursos Humanos  
Departamento de Trámite y Control del Presupuesto

### Dirección de Investigación y Enseñanza

#### Subdirección

Departamento de Enseñanza  
Departamento de Investigación

### **Regionalización**

La ubicación de los establecimientos médicos a lo largo de los litorales del país origina una dispersión de recursos imposible de evitar. Por ello es necesaria la regionalización por lo menos en el primer y segundo niveles de atención para lograr una mejor atención médica y un mejor aprovechamiento de los recursos, tanto humanos como materiales.

La división territorial de las regiones está programada con los establecimientos cabecera que a continuación se relacionan:

#### Litoral del Pacífico:

✕ Enfermería Naval de Ensenada, B.C.	✕	Hospital Naval de Mazatlán, Sin.
✕ Hospital Naval de Manzanillo, Col.	✕	Hospital Naval de Acapulco, Gro.
✕ Hospital Naval de Salina Cruz, Oax.		

#### Litoral del Golfo y mar Caribe:

✕ Enfermería Naval de Ciudad del Carmen, Camp.	✕	Hospital Naval de Tampico, Tamps.
✕ Hospital Naval de Veracruz, Ver.	✕	Enfermería Naval de Chetumal, Q.R.

Cada región incluye establecimientos del tipo de las enfermerías y secciones sanitarias en tierra y a flote

### **Niveles de atención**

En el Distrito Federal se cuenta con el Hospital Central Naval, como establecimiento de tercer nivel de atención. En el litoral del Pacífico hay otros cuatro hospitales y dos más en el Golfo de México, a los que se considera del segundo nivel, y las enfermerías, 14 en total, localizadas estratégicamente en los litorales y clasificadas como de segundo nivel.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Además existen las secciones sanitarias en tierra que son propiamente "consultorios periféricos" para todo tipo de derechohabiente, o bien sólo para militares en activo, de estos, se cuenta con 68 en buques (secciones sanitarias a flote) para atención exclusiva de los marinos embarcados. Estas secciones desempeñan una función de primer nivel de atención.

### **SERVICIO DE SANIDAD DEL EJERCITO Y LA FUERZA AÉREA MEXICANA**

La necesidad de contar con servicios médicos en las organizaciones destinadas para la guerra, existían desde nuestra cultura indígena, en pueblos guerreros como los aztecas, se requerían de conocimientos médicos y quirúrgicos para la reparación de los daños en sus tropas.

Al término de la conquista, el ejército no se encuentra bien definido, estando constituido por grupos aislados de soldados y es sólo al paso de los años cuando se empieza su organización y constitución, lográndose hasta 1768, acondicionándose para ello al Hospital Real de los Naturales (1556) destinándose como Hospital Militar.

" En 1821 se incluye en el ejército un cuerpo de médicos y cirujanos, en 1829, se decreta un reglamento de sanidad militar conformado por un director militar (coronel), 4 consultores (tenientes coroneles), 8 primeros ayudantes (capitanes) y 25 practicantes (subtenientes). Tras diversas modificaciones, en 1855 se crea un "*cuerpo médico militar* que incluía un inspector general (general de brigada), como jefe del cuerpo; subinspector (general brigadier), jefe de sección de la guardia (coronel), doce profesores de hospital de primera clase (tenientes coroneles), doce médicos cirujanos de guarnición para los hospitales de segunda clase (tenientes coroneles), treinta médicos cirujanos del ejército (comandantes de batallón), treinta ayudantes primeros (capitales), treinta ayudantes segundos (tenientes), quince aspirantes (subtenientes) y un número indeterminado de alumnos meritorios (cadetes); además de tres compañías de ambulancias con un sargento primero, nueve sargentos segundos, veinte cabos, cuatro cornetas y cien soldados cada una ". (68) durando ésta organización hasta 1880.

En enero de 1917, " el Presidente Carranza expide el decreto por medio del cual se crea el Cuerpo Médico Militar, formado por la Escuela Constitucionalista Médico Militar, el Hospital Militar de Instrucción en la Ciudad de México, hospitales militares de los estados, el Servicio Sanitario del Ejército y la Armada y el Parque Sanitario " (69)

En 1926 de acuerdo a la nueva Ley Orgánica de Ejército y Armada Nacionales, se constituye el servicio de sanidad militar, el cual es responsables de la salud de los militares como la del ganado.

Las modificaciones a la Ley del 20 de Marzo de 1976, en abril de 1978 y Diciembre de 1980, crean el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas como un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Para 1989, el plan de trabajo elaborado contempla diez programas de la Dirección General de Sanidad: "Atención médico quirúrgica integral, salud pública, salud mental, asistencia social, educación continua, administración, investigación biomédica de los servicios de sanidad,

supervisión y control, auxilio a la población civil y el programa de proyección en el ámbito nacional e internacional " (70)

" El Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, son instituciones permanentes de la República y están integradas por mexicanos que voluntariamente han decidido servir a la nación en las Fuerzas Armadas " (71). El servicio de sanidad tiene como función básica el asesoramiento a los mandos, en lo referente a la salud del personal, el empleo y la administración del servicio en tiempo de paz y en las operaciones militares o situaciones táctica, de emergencia o necesidades públicas. Realiza actividades tendientes a incrementar la seguridad nacional y el poder del Ejército y Fuerza Aérea mediante la selección y clasificación del personal, promoviendo el bienestar familiar de los militares y prestando atención médico quirúrgica integral.

" Además participa en actividades de auxilio a la población civil, desastres, emergencias, necesidad pública. Destacando la ' fuerzas de tarea de labor social ', que llegan con múltiples servicios a los mexicanos que poco o nada tienen. Ahí se establece un vínculo estrecho del pueblo con su ejército y eleva, sin lugar a dudas, la confianza en las instituciones de la Nación " (72). El servicio debe mantenerse siempre atento a los cambios sociales y económicos que puedan afectar la salud y el bienestar de los militares y sus familias.

### **Bases legales**

El decreto de Venustiano Carranza del 1º de Enero de 1917 ordena y da la base legal para la organización del Cuerpo Médico Militar, como un cuerpo especial y permanente del Ejército de la República dependiente del Departamento del Servicio Sanitario de la Secretaría de Guerra, el cual es organizado como una dependencia con funciones de dirección y normatividad del Cuerpo Médico Militar .

" La actual Secretaría de la Defensa Nacional es una dependencia del Poder Ejecutivo de la Unión que tiene a su cargo los asuntos que expresamente le encomienda la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. La Secretaría de la Defensa Nacional actúa, por tanto, como Secretaría de Estado, como cabeza de Sector Seguridad y es, al mismo tiempo, el cuartel general superior del Ejército y la Fuerza Aérea Mexicanos.

" Su Reglamento Interior del 11 de marzo de 1977 señala, en su artículo 21, las funciones de la Dirección General de Sanidad. Igualmente, en la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos del 26 de diciembre de 1986, el artículo 90 señala las funciones del Servicio de Sanidad. " (73)

" Reglamento interior de la secretaria de la Defensa Nacional, publicado en el diario oficial de la federación el 1º de septiembre de 1992 " (74)

### **Funciones**

**Reglamento Interior de la Secretaria de la Defensa Nacional.**

**Artículo 38.** corresponde a la Dirección General de Sanidad, la cual tendrá las siguientes funciones:

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- I. Someter a la consideración del Secretario de la Defensa Nacional programas encaminados a conservar y recuperar la salud del personal del ejército y Fuerza Aérea mediante acciones de atención médica quirúrgica integral
- II. Proponer innovaciones en los sistemas de evaluación y hospitalización del personal del Ejército y Fuerza Aérea.
- III. Expedir certificados de salud, así como dictámenes periciales.
- IV. Proponer la salud y prevenir la enfermedad, mediante acciones de salud pública
- V. Establecer procedimientos para la selección y clasificación del personal del Ejército y Fuerza Aérea, desde el punto de vista médico y mental.
- VI. Mantener y fortalecer la salud mental del personal del Ejército y Fuerza Aérea.
- VII. Proponer acciones de asistencia social en asuntos de su competencia
- VIII. Promover actividades relacionadas con la educación para la salud
- IX. Proponer programas tendiente a evitar y combatir la contaminación ambiental
- X. Proponer programas de visitas de supervisión a las unidades, dependencias e instalaciones del servicio que le dependan técnica y administrativamente
- XI. Proponer innovaciones en la organización y funcionamiento de las unidades e instalaciones del servicio. (75)

### **Organización**

Organigrama de la Dirección General de Sanidad

Dirección

Subdirección técnico administrativa

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| a. sección técnica                | b. sección de recursos humanos |
| c. sección de recursos materiales | d. ayuntamiento general        |

Subdirección operativa

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| a. sección salud pública        | b. sección medicina legal       |
| c. sección medicina de aviación | d. sección salud mental         |
| e. sección estomatología        | f. veterinaria y zootecnia (76) |

### **Estructura orgánica**

El Servicio de Sanidad está integrado de la siguiente manera:

#### **I. Dirección General**

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### II. Jefaturas del Servicio

- a. De las Fuerza Aérea
- b. De las regiones militares.

### III. Órganos fijos.

- a. Hospitales militares (segundo o tercer nivel de atención médica)
- b. Enfermerías militares (segundo nivel de atención médica)
- c. Servicios médicos especiales (primero o segundo nivel de atención médica)
- d. Secciones sanitarias fijas (primer nivel de atención médica)

### IV. Órganos móviles.

- a. Hospitales móviles de campaña
- b. Compañías de Sanidad y Secciones Sanitarias (1er. nivel de atención médica)
- c. Pelotones de Sanidad (primer nivel de atención médica)

### V. Órganos abastecedores

- a. Almacén Central de Servicio
- b. Depósitos regionales del Servicio

### VI. Órganos de educación

- a. Escuelas de formación
- b. Escuelas superiores. (77)

La naturaleza de el servicio de sanidad, es ser garantía de salud para el personal militar que, debido a las funciones sociales que desempeña, requiere de una atención médica con ciertas características y regionalización, como se ha mostrado, es por ellos, que la salud interna es atendida mediante los siguientes rublos:

#### Atención médico quirúrgica integral

Dicho programa tiene como propósito fundamental el proporcionar atención médica a todo el personal de militares del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, así como a sus derechohabientes. Con el fin de proporcionarla eficaz y oportunamente se han establecido tres niveles de atención:

El primer nivel de atención se enfoca primordialmente a preservar y conservar la salud de la población militar y sus derechohabientes, por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos más frecuentes, cuya resolución es factible mediante la utilización de recursos simples y a poco costo. A este nivel pertenecen los Pelotones de Sanidad, las Secciones Sanitarias Fijas, los Servicios Médicos y la Escuadras de Sanidad

El segundo nivel se ocupa de padecimientos poco frecuentes que no han sido resueltos en el primer nivel o que se presentan espontáneamente en urgencias médico-quirúrgicas, necesitando de especialidades médicas para su tratamiento. A él pertenecen los Hospitales Militares Regionales y Enfermerías Militares.

El tercer nivel se encarga de resolver los problemas que, por su complejidad, no fueron resueltos en el segundo nivel de atención y requieren de alta tecnología y personal especializado y

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

capacitado en problemas complejos de salud. Pertenecen a éste, el Hospital Central Militar y el Hospital Militar Regional de Guadalajara, Jal., si el servicio que se solicita se encuentra dentro de su capacidad instalada.

Actualmente los Servicios de Sanidad cuentan con la siguiente infraestructura y demanda:

221 Escalones de primer nivel de atención.	47.48 %
10 Enfermerías militares	35.59 %
18 Hospitales militares regionales	16.93 %

La Dirección General de Sanidad cuenta con 18 hospitales militares, una enfermería militar y órganos móviles distribuidos en todo el territorio nacional, de acuerdo con sus propias necesidades, las cuales están regidas por la concentración de sus tropas. De ellos, el de la ciudad de México, llamado Hospital Central Militar, ha actuado siempre como dispensario de tercer nivel de atención médica.

Los demás hospitales se denominan regionales y se localizan en:

El Ciprés, B.C.N.	La Paz, B.C.S	Hermosillo, Son.
Chihuahua, Chih.	Torreón, Coah	Monterrey, N. L.
Tampico, Tamps.	San Luis Potosí, S.L.P.	Mazatlán, Sin.
Guadalajara, Jal.	Chilpancingo, Gro	Villahermosa, Tab.
Irapuato, Gto.	Tuxpan, Ver.	Puebla, Pue.
Veracruz, Ver	Mérida, Yuc.	Tapachula, Chis.

La enfermería se localiza en la Ciudad de México funcionando como hospital de segundo nivel. En un intento de regionalizar el servicio médico, cuatro hospitales funcionan en el tercer nivel el de Chihuahua, para la región noroeste; el de Monterrey para la región noreste; el de Guadalajara para la región centro-occidente y el de Mérida para la región sureste, cubriendo la región centro y centro-oriental el Hospital Central Militar.

Los órganos móviles reciben esta denominación por su facilidad de traslado para proporcionar la atención médica requerida. los hospitales móviles de campaña son unidades hospitalarias capacitadas para realizar intervenciones quirúrgicas de urgencia de todo tipo.

" El personal al que debe atender el servicios de sanidad está formado por:

1. elementos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana
2. personal de militares retirados
3. derechohabientes de los militares en servicio activo (esposa, hijos, mujeres solteras económicamente dependientes, incapacitados o madre y padre mayores de 55 años)
4. derechohabientes de los militares retirados
5. pensionados ". (78)

La atención médica se estructuran de la siguiente manera :

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### Servicio médico del Estado Mayor Presidencial

Éste es un escalón sanitario técnico-administrativo que depende orgánicamente de la sección cuarta de este organismo. Cuenta con una Jefatura y dos subjefaturas, operativa y administrativa, cada una de las cuales tiene a su cargo diversos departamentos y servicios, para ejecución y materialización de sus objetivos.

Tiene como misión fundamental el dar atención médica integral de alto nivel para el c. Presidente de la República Mexicana y su familia, para el personal del Estado Mayor Presidencial, sus derechohabientes y extendiéndose esta cobertura al personal civil que labora para la Presidencia de la República.

El Servicio Médico del Estado Mayor Presidencial está integrado por el Centro Hospitalario, la Sección Sanitaria del Hangar Presidencial y los Consultorios del Deportivo del E.M.P. y de Palacio Nacional.

Este servicio médico realiza dos funciones; el apoyo médico directo en las giras, nacionales o internacionales, realizadas por el c. Presidente y proporcionar medicina asistencial en el Centro Hospitalario, la Sección Sanitaria del Hangar presidencial y en los Consultorios del Deportivo del E.M.P. y de Palacio Nacional, contando con las siguientes especialidades :

Medicina Interna

Pediatría y Perinatología

Ginecología y Obstetricia

Medicina preventiva

Consultorio médico del deportivo del E.M.P.

Sección sanitaria del Hangar presidencial

Departamento de enfermería.

Odontología

Cirugía

Y la atención médica prestada por los servicios de sanidad a las fuerzas armadas :

*Servicios médicos de FAVE SEDENA.* Los servicios médicos de la fábrica de armamento y vestuario a partir de 1991 pasan de ser un pelotón de sanidad a funcionar como una enfermería. Contando con servicios como salud pública, salud mental, asistencia social, educación continua, administración, auxilio a la población civil y el modulo de atención medica quirúrgica integral la cual cuenta con las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco - obstetricia.

*Salud dental.* Pretende la elevación de la salud bucodental de la población militar y derechohabiente mediante acciones odontológicas asistenciales, rehabilitatorias y preventivas. Se organiza en tres niveles (central, intermedio, operativo) y es complementado mediante programas de odontología asistencial, educación para la salud y actividades educativas para la promoción de la salud bucal.

*Salud pública.* Este programa efectúa acciones para la salud, fomento a la salud, medicina preventiva, vigilancia e investigación epidemiológica, así como de salud ambiental, saneamiento básico y planificación familiar

*Salud mental.* Tiene por objetivos, la selección, evaluación y clasificación del personal, a fin preservar y fortalecer la salud mental del personal militar mediante el seguimiento, orientación psicológica, tratamiento y control para la eficiencia es sus misiones.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

*Asistencia social.* Pretende promover la salud y el bienestar familiar de los militares y sus derechohabientes mediante la vigilancia, apoyo y asesoría en salud, los cuales contribuyan a elevar su bienestar. Los subprogramas que lo conforman son: Áreas de descanso VII R.M., fuerza de labor social, relaciones humanas.

*Educación continua.* Promueve la superación del personal médica a través de la educación, fortalece la doctrina de trabajo grupal, unifica aptitudes y criterios en las áreas médico administrativas en los tres niveles de atención.

*Administrativo.* Integrado por cuatro departamentos; el de recursos humanos, recursos materiales, recursos financieros y la sección de informática. El primero dividido en incentivos económicos y ascensos, el segundo dividido en hospitales y enfermerías, el tercero en las áreas dedicadas al presupuesto de la federación, cuotas de recuperación y otras (donaciones o I.S.S.F.A.M.)

*Investigación biomédica en el servicio de sanidad.* Promueve y fomenta la investigación biomédica a fin de generar un avance real de la medicina militar en nuestro país.

*Supervisión y control.* Tiene por objetivo el asesorar y mantener el correcto funcionamiento de los niveles y dependencias del servicio de sanidad, a fin de mantener en orden la estructura mediante acciones de supervisión y control.

*Auxilio a la población civil.* Tiene como propósito el auxilio a la población civil en casos de necesidades públicas, en casos de desastre, prestar ayuda para mantener el orden, auxilio a las personas y sus bienes y la reconstrucción de las zonas afectadas y realizar aquellas acciones tendientes a lograr el bienestar global y el progreso del país.

*Proyecto en el ámbito nacional e internacional.* El objeto de él, es extender los servicios de sanidad a la población civil, a través del intercambio científico y académico de las instituciones militares con otras instituciones civiles sean extranjeras o nacionales, mediante eventos académicos.

*Medicina de la aviación en la fuerza aérea mexicana.* Tiene por objeto el estudiar, prevenir, tratar y rehabilitar las alteraciones de la salud, ocasionadas por la exposición a los agentes morbígenos y nocivos encontrados en el medio aeronáutico, y la exposición a los efectos producidos por el uso activo o pasivo de instrumentos diseñados para las operaciones de vuelo o apoyo terrestre. Ello mediante la investigación científica y la psicología aeronáutica.

*Veterinaria y zootecnia.* Su objetivo es el mantener la operatividad, la salud, domado, seleccionado, cargo o tiro, del ganado equipo y otros animales utilizados por el ejército, mediante programas médicos preventivo y curativos.

## ✓ SERVICIOS MÉDICOS PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA

" la seguridad social procura que la explotación de la clase trabajadora no cobre la intensidad que la caracterizó a principios de la expansión industrial. Sin embargo, cualquier intento que se realice en este sentido no podrá alterar las leyes implacables del capitalismo ya que éste 'explota y explotará al obrero' aunque no se lo proponga conscientemente, aunque luche contra esa explotación. Y el estado no hará sino garantizar la existencia de las condiciones adecuadas (en el terreno político, jurídico y social) para que se dé la explotación del proletariado, por ejemplo, promulgar leyes que protejan o no afecten substancialmente los intereses de la burguesía; adecuar los aparatos ideológicos y represivos para mediatizar o contener la lucha de clase. "

Rojas, Raúl, CAPITALISMO Y ENFERMEDAD

" Otros empleados de la nación necesarios para el funcionamiento uniforme del gobierno también suelen ser favorecidos en América Latina. Los ferrocarrileros son en gran parte propiedad del Estado y por doquier se encuentran sistemas perfeccionados de atención médica y hospitalaria para los obreros del riel y sus familias. De igual manera para los empleados de las industrias nacionalizadas, como el petróleo en México. La utilización de servicios en estos programas especiales tiende a ser mucho mayor que entre la población en general.

" El grueso de los demás empleados del gobierno nacional también están protegidos por programas especiales de seguridad social, a los cuales contribuyen pecunariamente los empleados pero financiados en forma predominante por los ingresos generales " (79) ."

## INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

El nacimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado se remonta al 12 de agosto de 1925 con la promulgación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro. El principio funcional de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro era: convertir a

\* " Pero el dinero que pagan los patrones procede de los que cobran por la venta de sus productos, de modo que en realidad toda la comunidad contribuye a ello (y aun todo el mundo, ciertamente) cuando compran sus productos. El dinero que procede del ingreso general del Estado, naturalmente, también es de toda la población, a la que se le extrae mediante diversos sistemas de impuestos directos e indirectos.

" Conviene tener presentes estas fuentes de los fondos de seguridad social, porque, quedando cubierto menos de 100% de la población, hay que comprender que el dinero sacado a toda la población se gasta en el bienestar de una parte de ella. Puede haber buenas razones para esta inequidad, fundadas en los objetivos económicos o políticos de una nación, pero es bueno entender el razonamiento que hay detrás de estas decisiones de política.

" Es el caso que a pesar de tener la mayoría de los países latinoamericanos con sistema de seguridad social tantas fuentes de dinero, sólo una minoría de la población protegida: de 10 a 20%. Esta población se concentra característicamente en los principales centros urbanos, aunque la política reinante apunta a la gradual extensión a zonas adyacentes "

Roemer, Milton. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD México s. XXI 1980 p. 111

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

las pensiones de los trabajadores del Estado en universales, obligatorias y equitativas. Para lograr dicho objetivo se inició la creación y administración de un fondo de pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones de los trabajadores durante el tiempo que prestara sus servicios.

Operaba como institución de seguros, ahorro y crédito. Las pensiones que en esa época se otorgaban eran por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años y después de 15 de servicio. El 6 de septiembre de 1929 se modificó ese precepto, expidiéndose la Ley del Seguro Social. El 27 de septiembre de 1938 el Presidente Cárdenas puso en vigor el estatuto jurídico que rigió las relaciones de los Poderes de la Unión y de los Gobiernos del Distrito y Territorios Federales con sus trabajadores.

Al modificarse en 1959 el apartado "B" del artículo 123 Constitucional, se incorporan las garantías que el Estatuto de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) había planteado para los trabajadores públicos. El presidente Adolfo López presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daba origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Al tener como meta la mejora en la calidad de vida para sus asegurados, mediante la optimización de recursos físicos y materiales, la Ley del ISSSTE se ha transformado en diversas ocasiones. La misma ha hecho posible el proceso de desconcentración de actividades que lleva a cabo el Instituto a través de sus 31 Delegaciones Estatales y 4 Delegaciones Regionales en el Distrito Federal.

### **Órganos de gobierno**

*Junta Directiva.* A la cabeza de su estructura organizacional, el ISSSTE cuenta con Órganos de Gobierno como la Junta Directiva, que se compone de los titulares de las secretarías de Hacienda y Crédito Público, Salud, Desarrollo Social y la del Trabajo y Previsión Social, el Director General del Instituto y 5 representantes designados por la Federación de Sindicatos de los Trabajadores del Servicio de Estado.

*Comisión de Vigilancia.* Se compone de un representante de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, uno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tres representantes de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores del Servicio de Estado, uno del propio Instituto designado por el Director General, que actúa como Secretario Técnico.

*Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda.* Esta integrada por miembros o vocales, de los cuales uno es designado por la Junta Directiva, a propuesta del Director del Instituto, y los otros por las secretarías de; Hacienda y Crédito Público, Desarrollo Social y la del Trabajo y Previsión Social.

### **Regionalización**

El esquema de regionalización, el programa vigente desde 1991, plantea ocho regiones geográficas y funcionalmente delimitadas (80).

Las regiones I, II y III corresponden al Distrito Federal y área conurbada,

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Región IV: Baja California Norte, Baja California sur, Sinaloa, Sonora.

Región V: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas

Región VI: Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Durango, Veracruz, Hidalgo

Región VII: Oaxaca, Puebla, Tlaxcala; Veracruz

Región VIII: Tamaulipas, Veracruz, Chiapas, Campeche, Yucatán.

El ISSSTE es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual tiene como objetivo primordial, el lograr el bienestar integral de tres grupos principalmente: trabajadores al servicio del Estado (21.4%), pensionados (2.6%) y, familiares (76 %). Distribuidos geográficamente con 32% en el Distrito Federal y 68% en las entidades federativas

### **Prestaciones otorgadas por el ISSSTE**

- a) Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad
- b) Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- c) Servicios de reeducación y readaptación a inválidos
- d) Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de familia
- e) Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que motive las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia
- f) Créditos para la adquisición de casas o terrenos para la construcción de la misma, destinadas a la habitación familiar del trabajador
- g) Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto
- h) Préstamos Hipotecarios
- i) Préstamos a corto plazo
- j) Jubilaciones
- k) Seguros de vejez, de invalidez, por causa de muerte
- l) Indemnizaciones globales
- m) Sistema de ahorro para el Retiro
- n) Prestaciones económicas
  - Seguridad e Higiene en el Trabajo
  - Créditos personales
  - Créditos personales y financiamiento de vivienda
  - Protección al salario
  - Servicios Sociales y Culturales (Servicios Sociales, Acción Cultural, Fomento deportivo, Servicios turísticos)

" El ISSSTE protege a los siguientes grupos:

- a) Los trabajadores al servicio civil de la Federación y del Departamento del Distrito Federal.
- b) Los trabajadores de los organismos públicos, que por ley o por acuerdo del ejecutivo federal, sean incorporados a su régimen, así como y de los poderes de la unión a que se refiere la Ley.
- c) Los pensionistas de las entidades y organismos públicos, a que se refieren las fracciones anteriores.
- d) Las familias y derechohabientes tanto de los trabajadores como de los pensionistas mencionados.
- e) Las entidades y organismos públicos que la propia ley señala.
- f) A los diputados y senadores que durante su mandato se incorporen individual y voluntariamente.

- g) Y a las agrupaciones o entidades que se afilien en virtud de un acuerdo de la junta directiva " (81).

#### **Servicios médicos asistenciales según los niveles de atención**

En 1986, " se estableció el Programa de Regionalización de Servicios Médicos enmarcado en un modelo multifactorial de ámbitos regionales, que tomará en cuenta el número de población derechohabiente"

" El modelo institucional vigente para la atención de los servicios médicos, se otorga por los niveles de atención que tienen las siguientes características fundamentales.

" La regionalización por niveles de atención permite resolver o encauzar en las clínicas o unidades de medicina familiar de primer nivel, aquellos padecimientos de baja complejidad, que representan 85 % de los problemas clínicos. Consulta externa de: Medicina familiar, medicina preventiva, salud reproductiva, atención gerontológica. Atendidos en consultorios periféricos, unidades de medicina familiar, unidades de medicina familiar con módulo resolutivo y clínicas de medicina familiar.

" En el segundo nivel, los hospitales generales del sistema atienden los padecimientos de mediana complejidad y frecuencia, que constituyen 12 % de los diagnósticos. Consulta externa, hospitalización y urgencias en las cuatro especialidades básicas: medicina interna, (cardiología, endocrinología, alergología, gastroenterología) cirugía, ( o. r. l., ortopedia, oftalmología, urología) ginecoobstetricia, pediatría. Atendidos en clínicas hospitalares y hospitales generales.

" En el tercer nivel, el 3% restante del total de los casos clínicos, complejos y de baja frecuencia, son canalizados a los hospitales regionales y, en su caso, al Centro Médico Nacional '20 de Noviembre'. Alta especialidad: medicina interna, (reumatología, inmunología, endocrinología, neurología, dermatología, nefrología, psiquiatría, infectología, cardiología, endocrinología, alergología, gastroenterología) cirugía, ( neurología, oncología, anestesia, angiología, cirugía cardiovascular, transplantes, o. r. l., ortopedia, oftalmología, urología) ginecoobstetricia ( embarazo de alto riesgo, biología de la reproducción), pediatría (Perinatología, u.c.i.n.) ". (82)

## **SERVICIOS MÉDICOS DE PETRÓLEOS MEXICANOS**

### **Antecedentes históricos**

" La Constitución General de la República, antes de su reforma del 9 de Noviembre de 1940, establecía en su Artículo 27 lo siguiente: ' Corresponde a la Nación el dominio directo de todos los minerales y substancias que en vetas, mantos, masas, yacimientos, constituyan depósitos cuya naturaleza sea distinta de los componentes de los terrenos, tales como...el petróleo y todos los carburos de hidrógeno sólidos, líquidos o gaseosos' " (83).

**Así, nuestra Carta Magna, al considerar el subsuelo como algo que compete a la soberanía de la nación establece que éste no es susceptible de apropiación individual, sino que su aprovechamiento debe estar siempre ligado a fines sociales. Esta disposición se cumpliría más**

tarde, con la expropiación petrolera decretada el 18 de marzo de 1938 por el presidente Lázaro Cárdenas.

" El 21 de marzo de 1938, en conformidad con la condición decretada, se crean los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos en un proyecto conjunto al de Previsión Social y con base en los servicios sociales emanados del ideario de la Revolución Mexicana.

" Actualmente, este sistema constituye una consolidación institucional de protección, de servicios de salud y de atención médica para los trabajadores, los jubilados y sus familiares " (84).

Los antecedentes históricos de los servicios médicos de PEMEX, de acuerdo al libro, LA SALUD EN MÉXICO TESTIMONIOS 1988, de Guillermo Soberón, comprenden siete épocas:

1984 - 1916. Durante esta época las compañías que obtenían y procesaban el petróleo contrataban a obreros mexicanos para éstos fines a los que se les proporcionaban servicios de boticarios y en algunos casos servicios limitados de medicina, destinándose la mejor atención a profesionistas extranjeros.

1917 - 1930. Después del 1º de mayo de 1917, al otorgar la Constitución el derecho de reunión con el fin de luchar para beneficios comunes, estas agrupaciones promueven la creación, aunque lenta, de servicios médicos en terminales y refinerías para la atención de los obreros que ahí laboran, dependiendo cada servicio médico del criterio de las empresas.

1931 - 1937. Con la expedición en agosto de 1931 de la Ley Federal del Trabajo se impuso a los patronos la obligación de celebrar contratos colectivos con sus trabajadores, producto de ello son los primeros dispensarios, puestos de socorro, clínicas y hospitales.

1938 - 1946. Con la realización de la expropiación petrolera el 18 de marzo se constituye Petróleos Mexicanos; creándose el 21 de marzo el departamento clínico y posteriormente el de previsión, conformando así las disposiciones legales para proporcionar asistencia médica a la población derechohabiente. Su desarrollo llegó a conformar las normas y disposiciones por medio de las cuales se crearon en 1943 el Departamento Central de Previsión y Servicios Sociales y, en 1945, el Departamento Médico Central.

1947 - 1965. En 1947 al fusionarse las dos dependencias anteriores se crea el Departamento Central de Servicios Médicos y Previsión Social, que se subdivide, para el cumplimiento de sus objetivos, en secciones de asistencia médica, higiene, economía social, riesgos profesionales y educación.

1966 - 1980. Las prestaciones médicas se extendieron a las Agencias de Ventas y se estructuraron los servicios de las unidades médicas del sistema para proporcionar atención oportuna y eficaz. Se establecieron las bases para el mejor control de recursos al constituirse en 1967 la Gerencia de Servicios Médicos y de Previsión Social.

1981 - 1988. En agosto de 1981 se estableció la sindicalización del cuerpo médico y se separó la Gerencia de Servicios Médicos de la de Servicios Sociales. La reestructuración administrativa de la Gerencia dio lugar a tres Subgerencias, la Técnico-Administrativa, la de Prevención Médica y

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

la de Asistencia Médica, así como a la regionalización en siete Coordinaciones Médicas Regionales: Área Metropolitana, Coahuila de Zaragoza, Ver., Poza Rica, Ver., Monterrey N.L., Salamanca, Gto., Tampico, Tamps. y Villahermosa Tab. en función de las concentraciones de población trabajadora en centros de desarrollo de la industria petrolera. En 1985 se organizó la integración orgánico-funcional de la Gerencia de Servicios Médicos.

### **Marco legal**

La estructura funcional de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos se encuentra determinada por un marco legal integrado básicamente por:

- 1) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º y el 123
- 2) El Programa Nacional de Salud y la Ley General de Salud
- 3) La Ley Federal de Trabajo y
- 4) El Contrato Colectivo de Trabajo entre Petróleos Mexicanos y su sindicato (SRTPRM)

### **Objetivos y políticas**

" Los Servicios Médicos de Petróleos mexicanos tienen por objetivo proporcionar atención médica a los trabajadores, conforme a los principios de la medicina del trabajo y, a éstos, a los jubilados y a sus familiares, atención integral de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, de manera eficaz y por medio de las unidades médicas directas o subrogadas, todo ello de acuerdo con lo establecido en el Contrato Colectivo de Trabajo en vigor y con las normas señaladas por la Secretaría de Salud " (85).

El diseño orgánico-funcional de los Servicios Médicos de petróleo Mexicanos se ha basado en objetivos determinados por las necesidades médico-laborales de la población trabajadora y los requerimientos socio-médicos de la población derechohabiente de petróleo Mexicanos, conforme al marco legal que norma la implementación de dichos servicios. Las políticas que guían su operación son:

- × Proporcionar asistencia médica integral, fundada en las necesidades geográficas y formas de demanda de la población
- × contar con personal y equipos de salud de alto grado de preparación profesional y responsabilidad
- × mantener un funcionamiento adecuado de todas las unidades médicas, en lo que respecta a recursos humanos, físicos y tecnológicos
- × tener organización y funcionamiento de los servicios acordes con el marco legal establecidas por los organismos internacionales correspondientes (OMS, OPS)
- × dar prioridad a los aspectos técnico-médicos sobre los administrativos
- × capacitación del personal de salud conforme a las necesidades institucionales
- × Fomentar el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica para la salud
- × Proporcionar educación para la salud a la población derechohabiente, así como en cuanto al uso adecuado y oportuno de los servicios.

**Los servicios médicos de Petróleos Mexicanos están encaminados a lograr protección de conjunto a la población, conforme a las posibilidades de los apoyos económicos y a las**

necesidades determinadas por la salud ocupacional y general y de manera congruente con los programas del Sector Salud.

El incremento de la población derechohabiente que ha tenido lugar a causa del desarrollo de Petróleos Mexicanos en ciertas áreas geográficas de la República Mexicana, ha determinado necesidades regionales para las cuales se han diseñado formas de atención específica, estas últimas, normadas según criterios centrales, para lograr así la mejor coordinación de las funciones y el fortalecimiento de los programas prioritarios, de acuerdo con las características de la ubicación geográfica.

El universo geográfico de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos está, pues, constituido por núcleos de población congregada en siete regiones llamadas Coordinaciones Médicas Regionales, las cuales son: Área Metropolitana, Salamanca, Monterrey, Tampico, Poza Rica, Coatzacoalco y Villahermosa " (86).

#### **Estructura**

Las necesidades específicas de salud de la población amparada han determinado la creación de la estructura orgánica, integrada por tres niveles de organización, las cuales tienen responsabilidades y funciones específicas.

- ✕ **Primer nivel:** es el central o gerencial y su responsabilidad y función es implementar programas de cobertura o prioritarios así como vigilar su desarrollo y control con base en la elaboración de normas y procedimientos de acuerdo con las necesidades de salud de la población.
- ✕ **Segundo nivel:** es el regional, en él tenemos las Coordinaciones Médicas Regionales cuya función y responsabilidad son organizar y supervisar el otorgamiento de la atención médica en los servicios periféricos.
- ✕ **Tercer nivel:** es el local, en el cual se encuentran las Unidades Médicas cuya responsabilidad es ejecutar, de acuerdo con las normas y procedimientos técnico-administrativos, las actividades de atención médica.

Las actividades se dividen en tres tipos de acciones específicas: las sustantivas que se refieren a las acciones de medicina del trabajo, de medicina preventiva y de asistencia médica. Las actividades de apoyo, que son las de abastecimiento, conservación y mantenimiento, sistema de información y servicios generales. Y, finalmente, las de desarrollo profesional, la especialización médica y las docencia e investigación.

Estas actividades son planeadas y controladas por el nivel central a través de la Subgerencia de Asistencia Médica, la Subgerencia de Prevención Médica y la Técnico-Administrativa, la Unidad de Planeación, Evaluación y Racionalización Administrativa y la Unidad de Enseñanza e Investigación, así como por los departamentos que a cada una conforman; por el nivel regional, a través de las siete Coordinaciones Médicas Regionales que organizan y supervisan mediante la gestión de recursos la operación de las actividades; y por el nivel local, a través de hospitales centrales de concentración, hospitales regionales y auxiliares, clínicas hospitalares, y consultorios periféricos y de urgencias en centros industriales.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Existen además servicios subrogados que poseen organización propia y están encargados de cumplir con las prestaciones médicas necesarias. Se recurre a ellos cuando, por la situación de dispersión de la población, Petróleos Mexicanos no cuenta con recursos técnico-asistenciales.

" Los servicios médicos de PEMEX, como parte del Sistema Nacional de Salud, participan en las acciones médico-preventivas que realiza el Sector Salud dentro del marco señalado por la Ley General de Salud.

Se pretende con ello; 1) sumar esfuerzos con el Sector Salud con el fin de aprovechar mejor los recursos que tiene PEMEX y otras instituciones para beneficio de derechohabientes y de la población en general; y 2) unificar criterios técnicos para el avance de la atención médico preventiva.

Los principales acciones de coordinación son: 1) la participación en los días nacionales de vacunación y en los grupos interinstitucionales de programas preventivos y subgrupos; 2) la formalización del convenio entre PEMEX y la SSA para la lucha contra el paludismo; y 3) el convenio entre PEMEX y la SSA para la protección ecológica y de la salud en la selva Lacandona " (87).

## **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

### **Antecedentes**

Uno de los principales factores que motivaron la Revolución de 1910 y al creación del seguro social, fue la explotación vivida por los trabajadores tanto del campo como de la ciudad. Al triunfo del movimiento revolucionario, los ideales de salud y seguridad social cobran vigencia.

Durante la administración del general Avila Camacho, se dió forma y se llevó a cabo la realización del Seguro Social, pues en 1941 se nombró una Comisión Técnica para elaborar un proyecto de Ley, la cual se integraba por representantes del Estado, de la clase obrera y del sector patronal.

Es el 3 de julio de 1942, la Comisión presentó la Iniciativa de Ley del Seguro Social al Presidente de la República. El proyecto estableció que para obtener los fondos requeridos por las grandes obras del seguro social, la contribución económica se haría en forma tripartita y ascendería a una cantidad equivalente al 12% de los salarios pagados. Las reservas económicas de que iba a disponer el Instituto serían invertidas en el propio organismo con sujeción a los cuatro principios universalmente aceptados de rendimiento, seguridad, liquidez y utilidad social.

Se conceptualizó al seguro social como un sistema contra la pérdida del salario y trató de cubrir, en forma total, todos los riesgos que pudieran afectar la estabilidad en su percepción, coordinándolos dentro de una ley completa. En esta forma se constituyó en verdadero código integral del seguro social, que abrigó los riesgos de las enfermedades del trabajo, de las enfermedades generales, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte y la cesantía por edad avanzada.

El 19 de enero de 1943 se expidió el decreto que estableció la obligatoriedad y observancia de la Ley del Seguro Social, recordemos que México estaba en guerra con las naciones del eje, la

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

producción era fundamentalmente agrícola y se iniciaba la industrialización del país, por ello la población estaba localizada mayoritariamente en las áreas rurales y el problema educativo creaban las condiciones para un panorama epidemiológico dominado por enfermedades infecto-contagiosas, desnutrición, enteritis, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

Es hasta 1944 cuando se implantan los servicios del *Instituto Mexicano de Seguro Social*, primero en el Distrito Federal y posteriormente en el resto del país.

### **Estructura Orgánica**

Se conforma por 8 direcciones generales :

X Prestaciones médicas	X Prestaciones económicas
X Afiliación cobranzas	X Secretaría general
X Finanzas y sistemas	X Administrativa
X Jurídica	X Auditoría general

Las cuales prestan apoyo técnico a las 7 direcciones regionales estatales.

### **Prestaciones institucionales**

Las diferentes prestaciones otorgadas resultaron ser parte de una política gubernamental que intentaba subsanar la limitación en las condiciones de vida de ciertos grupos de la población, divididas en tres rubros: prestaciones en especie, en dinero y sociales.

#### **Prestaciones en especie**

Esta integrada por la atención médica, el programa de fomento a la salud y los servicios de seguridad e higiene laboral

*Atención médica.* El proceso salud-enfermedad se puede comprender mejor si se le descompone en los dos subprocesos que lo constituyen: el subproceso de la salud y el subproceso de la enfermedad. De cuidar al primero se encarga la salud pública, mientras que del segundo, la atención médica.

*Primer nivel de atención.* Las acciones del primer nivel de atención se efectúan en las unidades de medicina familiar (UMF), organizados en base a la cobertura poblacional consistente en ubicar a 2,400 derechohabientes por cada médico familiar.

*Segundo Nivel de Atención.* Se ofrece en los hospitales generales de zona y subzona, mismos que disponen de los recursos necesarios para atender las cuatro especialidades básicas de la medicina como son: Pediatría, Ginecología, Cirugía General y Medicina Interna.

*Tercer Nivel de Atención.* La aparición de enfermedades que por su naturaleza requieren de tratamientos especiales, han motivado el tercer nivel de atención (de especialidad) a través de la integración gradual de diez Centros Médicos Nacionales distribuidos en el

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

territorio nacional, encontrándose ubicados en Distrito Federal (2), Puebla, Veracruz, Mérida, León, Guadalajara, Monterrey, Torreón y Ciudad Obregón.

En esta rublo, la Subdirección General Médica, consciente de estos desafíos y de la capacidad del personal de esta institución, se dio a la tarea de elaborar un modelo de atención cuyos elementos guiados por un sincretismo funcional y una lógica organizativa de administración de procesos, sirvieran de marco de referencia metodológica para el desarrollo de todos los procesos directivos y operativos de la atención. Ante la necesidad de adaptarse de una manera flexible a los cambios sociales, dicha Subdirección adoptó su estructura y funcionamiento a la creciente magnitud y complejidad de las tareas asignadas mediante la creación de seis Jefaturas Normativas: Salud Pública, Atención Médica, Salud en el Trabajo, Salud Reproductiva y Materno Infantil; y como Jefaturas independientes, las de Educación Médica e Investigación. (88)

Las actividades realizadas han permitido que la transición epidemiológica en que está inmersa la población amparada defina el marco de prioridades. Así mismo, se han consolidado los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Activa de: Parálisis flácida aguda, Poliomieltis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Cólera.

Actualmente se ha creado un Modelo Moderno de Atención donde se conjuntan las acciones para obtener el bienestar biosicosocial a que tienen derecho los mexicanos. Este modelo tiene cuatro rubros muy importantes.

*El primero*, que podría llamarse de fomento a la cultura de la salud, tiene como fundamento el diagnóstico de salud de la población y la educación est dirigida a integrar todos los aspectos que componen a los individuos, tanto en el seno del hogar, del trabajo o de la comunidad.

*El segundo* tiene como finalidad proporcionar una atención médica de punta, en la que se dé una utilización óptima de los recursos.

*El tercero* trata de la implantación de una capacitación para el trabajo permanente.

*El último* propone la investigación como una solución al atraso de nuestro país.

### Las Funciones:

Realizar acciones para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños. Otorgar atención médica integral. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud. Realizar investigación médica.

En este contexto, la Seguridad Social Mexicana ha sido el instrumento de política social que con mayor ventaja ha enfrentado los problemas que significa administrar un régimen de protección para la población con independencia del lugar que ocupe en los niveles de ingreso y de la rama de empleo.

En adición a los servicios curativos directos antes descritos, se desarrollan varios programas específicos, entre los cuales destacan:

✕ Medicina preventiva

✕ Planificación Familiar

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- |                                                  |                                   |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| X Medicina del Trabajo                           | X Psiquiatría y Salud Mental      |
| X Medicina Física y Rehabilitación               | X Programas de fomento a la salud |
| X Cirugía Ambulatoria y Puerperio de Bajo Riesgo | X Oncología                       |
| X Enseñanza e Investigación                      | X Servicios de fomento a la salud |

Dentro del área de prestaciones sociales tenemos:

### Prestaciones en dinero

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| X Subsidios                | X Pensiones                    |
| X Indemnización            | X Asignaciones Familiares      |
| X Ayuda Asistencial        | X Ayuda para gastos de funeral |
| X Finiquitos a pensionados |                                |

### Prestaciones sociales

- |                                        |                        |
|----------------------------------------|------------------------|
| X Centros de Seguridad Social          | X Teatros              |
| X Deportivos                           | X Guarderías           |
| X Velatorios                           | X Centros Vacacionales |
| X Servicios de Solidaridad Social (89) |                        |

### Regionalización

La desconcentración es uno de los ejes principales de la modernización. Buscando con ella la autonomía de la gestión y la delegación de facultades del ámbito operativo hacia las regiones y delegaciones y de estas a unidades de atención. Aprobado en enero de 1995 la creación de siete direcciones regionales constituyen la base fundamental de la nueva estructura desconcentrada del IMSS, abarcando;

- Siglo XXI: Delegaciones 3 y 4 del Distrito Federal, Chiapas, Guerrero, Morelos y Querétaro.
- La Raza: Delegaciones 1 y 2 del Distrito Federal, Estado de México e Hidalgo.
- Norte: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.
- Occidente: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit.
- Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora.
- Sur: Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz, Veracruz Norte R. y Veracruz Sur R.
- Oriente: Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

Sus logros más sobresalientes hoy, son brindar servicios de salud a cerca de 60% de la población total, llegando su cobertura a más del 86% de los municipios de todo el país.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### TIPOS DE SEGUROS, PRESTACIONES Y CUOTAS

Enfermedades y maternidad	- Atención médica - Subsidios por enfermedad y maternidad - Gastos de funeral	12.5 por ciento del salario integrado
Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte	- Pensiones por invalidez, vejez y muerte - Dotes matrimoniales - Atención médica a pensionados y familiares	7.4 por ciento del salario integrado
Riesgos de Trabajo	- Atención médica y aparatos de prótesis - Subsidios por incapacidad - Pensiones por invalidez o muerte, derivadas de una enfermedad o accidente de trabajo	2.5 por ciento del salario integrado en promedio (dependencia de la clase de riesgo correspondiente a la actividad).
Guarderías	- Para hijos de aseguradas	1.0 por ciento del salario integrado

" El IMSS se distingue de las otras instituciones del Sistema Nacional por:

1. El cuidado y presupuestos para la conservación y mantenimiento de sus instalaciones.
2. Los programas de supervisión permanente en todos los niveles.
3. El CIESS un instrumento de capacitación, estudio e investigación en cuestiones de seguridad social, nacional e internacional.
4. Continuidad de los mandos medios a través de la carrera institucional equivalente a un servicio civil.
5. La participación tripartita en el Consejo Técnico, garantía de representatividad de todos los sectores interesados en los trabajos y servicios.
6. La calidad de los directores generales del IMSS desde su fundación hasta la fecha. Los mejores hombres de México, como funcionarios, han dirigido al Instituto. Queda la certidumbre que los Presidentes de México han puesto el máximo interés en ese nombramiento, conscientes de la importancia nacional del puesto " (90)

### ✓ SERVICIOS MÉDICOS PARA LA POBLACIÓN ABIERTA

" el estado no puede concebirse como un instrumento de dominación que actúa únicamente de forma represiva sino que tiene la función de organizar y coordinar el desarrollo de la vida social, al representar los intereses de los diversos grupos sociales "

CAPITALISMO Y ENFERMEDAD

### SERVICIOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

El 15 de diciembre de 1909, el presidente de la República, general Porfirio Díaz, y el gobernador de la ciudad de México Guillermo de Landa y Escandón, inauguraron el Puesto Central de Socorro ubicado en la esquina de las calles de Revillagigedo y las Verdes. El personal médico de servicio de las comisarías y el personal nombrado en el Puesto Central de Socorros constituyeron el primer eslabón de los Servicios Médicos de Policía. Teniendo como funciones

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

principales, el dar atención médica oportuna a los accidentados y cumplir con la actividad pericial de auxilio médico legal a los juzgados del ramo penal, desde el punto de vista económico, el Puesto Central de Socorros dependía de la Inspección General de la Policía, distinguiéndose en 1911 con el nombre de Cruz Verde con la finalidad de diferenciarlo de otros servicios de urgencias.

Entre los años de 1929 a 1932 el Servicio Médico en los centros de reclusión, cárceles, penitenciarías, reformatorios, correccionales de hombre y mujeres es instalado, así como en la Oficina de Trafico.

En enero de 1935, dejan de pertenecer los Servicios Médicos a la Jefatura de Policía y pasan a ser una dependencia de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal (Oficina de Servicios Médicos de la Dirección General de Acción Social del Departamento de Distrito Federal). A partir de ese año se amplían los Servicios Médicos de los centros de reclusión y en forma importante los de la penitenciaría. Los médicos que laboran en los reformatorios pasan a depender de la Secretaría de Gobernación. Se instalan secciones médicas en los parque y jardines y en los centros deportivos.

Es hasta 1943 cuando se construye el primer hospital, iniciando con ello la consolidación de una extensa red para atender urgencias de tipo traumatológica y pediátricas. Para enero de 1960, " la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección General de Acción Social del Departamento de Distrito Federal se transforma en Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y adquiere así la jerarquía e independencia necesarias para proseguir las funciones que la ciudad demanda " (91).

Desde sus inicios hasta 1982, la orientación de los servicios estuvo dirigida a integrar un sistema hospitalario para solucionar urgencias traumatológicas y de urgencias por accidentes y violencia que contribuyese, además, a la disminución de la mortalidad infantil mediante la atención pediátrica nosocomial.

En los años ochenta el sistema hospitalario se transforma en un sistema de salud, los hospitales traumatológicos y de urgencias se convierten en hospitales generales integrados por cinco grandes áreas, a saber: cirugía, medicina interna, ginecobstetricia, pediatría y urgencias.

Encontrando legitimación jurídica estos esfuerzos en la promulgación, en enero de 1987, de la Ley de Salud para el Distrito Federal. " Ese ordenamiento confiere al jefe del Departamento del Distrito Federal facultades como autoridad sanitaria; crea el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, que es el organismo responsable de la prestación de servicios de salud a la población abierta; crea las comisiones delegacionales de salud cuya función es promover la participación interinstitucional y ciudadana; y actualiza las normas de control sanitario. " (92)

### **Marco legal**

" La Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal basa la operación de sus servicios en la fundamentación legal que emana de leyes, decretos y acuerdos que sobre salud se han publicado, éstos son los siguientes:

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- a. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en el párrafo tercero del artículo 40 establece el derecho a la protección de la salud, y su Ley reglamentaria, la Ley General de Salud.
- b. La Ley de Salud del Distrito Federal (D.O. 15-1-87 ), la cual en el artículo 7º crea el Instituto de Servicios de Salud en el Distrito Federal como organismo desconcentrado del Departamento que tendrá a su cargo planear, organizar y ejecutar las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local, así como organizar, operar y supervisar la prestación de los servicios de salubridad general.
- c. La Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal (D.O. 29-XII-78 ), que establece la estructura orgánica del Departamento así como sus atribuciones y facultades.
- d. El Reglamento Interior del Departamento del Distrito Federal (D.O. 17-1-84 ), que establece las funciones del Departamento.
- e. El decretado por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA (D.O. 30-VIII-83 ), decreto por el que se descentralizan los Servicios de Salud que opera la SSA a los gobiernos estatales.
- f. Las bases de coordinación para la integración y descentralización de los Servicios de Salud de la SSA y el DDF " (93)

### **Organización**

" La Dirección de Servicios de Salud, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal ... encauza sus acciones para dar respuesta a las demandas y necesidades de salud de la población abierta del Distrito Federal, para lo cual reprograma sus actividades de reordenación de los servicios Médicos, con objeto de actualizar el esquema de operación que dé prioridad a las acciones de Fomento de la Salud y Prevención de Enfermedades, sin soslayar las acciones orientadas a mejorar la calidad en el servicio de atención curativa " (94) .

Con esta orientación en la prestación de servicios, se procura beneficiar a los grupos de población que más lo requieren, pretendiendo consolidar y ampliar la cobertura en espera de obtener mayor impacto en la población.

La *REVISTA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL* - 1994; 3(1):15-22. En su artículo *Acciones del área de Servicios de Salud*, describe funciones de: La Dirección de Servicios de Salud, es un área sustantiva que tiene como funciones supervisar, controlar, asesorar coordinar las unidades operativas y transmitir líneas de acción emanadas del nivel regional y final. Coordinar y dirigir la elaboración del marco normativo en que se debe desarrollar la prestación de servicios de atención médica y difundirla a los Jefes Regionales en las unidades aplicativas.

La Dirección de Servicios de Salud cuenta con dos subdirecciones, a saber: la Subdirección de Atención Hospitalaria que coordina, organiza, dirige y supervisa la correcta aplicación de los lineamientos técnicos normativos a que deberán sujetarse los Servicios de Atención Médica de la red Regional de Unidades Hospitalarias, cuenta con tres jefaturas de Unidad Departamental: de Supervisión de Hospitales Generales, de Supervisión de Hospitales Pediátricos y Maternoinfantiles y la Unidad de Eventos Especiales, Urgencias y Desastres.

Y la Subdirección de Atención Primaria, órgano normativo, que se encarga de establecer y difundir en el nivel regional los lineamientos técnicos referentes a la prestación de servicios de

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Atención Primaria en las unidades del primer nivel de atención fijas, móviles, consultorios delegacionales y hospitales adscritos a la Dirección General.

En la Subdirección de Atención Hospitalaria se tienen en operación los programas de:

- Vacunación universal
- Prevención de enfermedades diarréicas
- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas
- Control de la lepra
- Prevención y control VIH / SIDA
- Prevención y control del complejo teniasis, cisticercos
- Programa OMEGA (cólera)
- Saneamiento básico
- Protección contra la abeja africana
- Vigilancia epidemiológica intra y extra hospitalaria
- Prevención y vigilancia clínica de la parálisis flácida aguda
- Vigilancia epidemiológica de la enfermedad febril exantemática
- Educación para la salud
- Detención oportuna de las enfermedades

Los programas que coordina la unidad departamental de Fomento a la salud son:

- Crecer sanos y fuertes
- Prevención de accidentes por quemaduras
- Atención integral a la mujer
- Medicina familiar
- Planificación familiar
- Comunitario de atención a través de unidades móviles
- Odontología
- Consultorios delegacionales
- Unidades fijas de atención primaria
- Nacional de solidaridad

### **Regionalización**

" El Sistema de Servicios de Salud a la Población Abierta en el Distrito Federal, con el propósito de otorgar los servicios de atención médica al total de la población, consta de siete niveles de complejidad operativa que, en conformidad con la infraestructura de que disponen, otorgan los servicios correspondientes a los tres niveles de atención y garantizan la satisfacción de la demanda y la cobertura total de la misma.

" Para la regionalización, el D.F. se dividió en seis áreas de influencia, definidas con base en la problemática de salud que presenta la población, las necesidades de atención de la misma, los recursos disponibles y las vías de comunicación.

" La zonificación se determinó con base en el número y complejidad de los recursos para la atención de la salud, las vías rápidas de comunicación, el número de habitantes, las principales causa de urgencias médicas y la ubicación de los cuatro hospitales generales de urgencias de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal" (95).

### Unidades aplicativas

*Hospitales Generales de Urgencias.* Brindando en las unidades Gregorio Salas, Iztapalapa, Milpa Alta, Xoco, Rubén Leñero, Balbuena y La Villa; servicios de urgencias, cuidados intensivos, cirugía general, ortopedia, traumatología, toxicología, otorrinolaringología, medicina preventiva y consulta externa en medicina general.

*Hospitales pediátricos.* Los once hospitales pediátricos, brindan servicios de salud de primer y segundo nivel estando ubicado en las zonas periféricas mas populosas, y especializándose en urgencias médico-pediátricas, siendo: el de Azcapotzalco, Coyoacán, La Villa, Legaria, Iztacalco, Iztapalapa, Moctezuma, Peralvillo, San Juan de Aragón, Tacubaya y Xochimilco.

*Hospitales Materno-infantiles.* Cuajimalpa, Topilejo, Milpa Alta, Tláhuac Y Magdalena Contreras, Cuauhtepc, Inguarán, y Nicolas M. Cedillo, desde su creación se dedican a la atención del binomio madre-hijo, que carece de seguridad social a través de las acciones de control prenatal, atención del parto y del recién nacido, planificación familiar, medicina preventiva y promoción de lactancia.

*Unidades Médicas en reclusorios.* El gobierno de la ciudad de México, por conducto de su Dirección, ha dispuesto de un conjunto de servicios de salud a fin de cumplir de brindar ese derecho constitucional a los sujetos con privación de la libertad.

En los reclusorios se cuenta con unidades de atención primaria, conformada por 6 equipos de salud conformado por médicos y enfermeros, así como un servicio rotatorio de segundo nivel (con especialidades).

*Unidades fijas.* Las unidades fijas de atención primaria y consultorios delegacionales, tienen la finalidad de facilitar el acceso a los servicios de salud a los habitantes de las zonas marginadas y desprotegidas del D. F. llevando programas de vacunación, detección de enfermedades, planificación familiar y educación para la salud.

*Unidades Móviles.* En 1985 con veinticinco unidades, se establece el Programa comunitario de atención a la salud a través de unidades móviles, las cuales contaron en el principio con un médico general, un cirujano dentista, una enfermera general y un chofer - promotor. Encontrándose distribuidos estratégicamente en las 16 delegaciones de D. F. llevando a cabo los mismo programas que las unidades fijas. Prestando servicios de medicina general y odontología en 38 unidades móviles y asignadas a 14 de los 29 hospitales.

## SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

### Orígenes

Con la conquista se destruyen los sistemas político-sociales existentes; las primeras concepciones de asistencia a la población necesitada se dan a través de los religiosos mediante el concepto de obras de caridad. En esa época Vasco de Quiroga funda los primeros hospitales

para indígenas, Fernando Ortiz Cortés instala la primera casa de cuna y el Virrey Conde de Bucareli inaugura en 1771 el asilo de pobres o Casa de la Misericordia.

En época de la Reforma Juárez conceptualizando a la Beneficencia Pública crea la Dirección General de Fondos de Beneficencia y exceptúa de toda contribución los bienes afectos al propio fondo, poniendo en vigor el reglamento interior aprobado por el supremo gobierno.

El presidente Díaz Mori decreta las primeras leyes relacionadas con la beneficencia privada y es hasta 1920 cuando el gobierno reorganiza la beneficencia pública, asignándole en su totalidad los productos económicos de la Lotería Nacional. Uno de sus antecedentes es " La Gota de Leche, institución del sector social creada en 1929 con el fin de ofrecer leche y desayunos escolares a los niños desamparados de la capital del país y que más tarde daría lugar a la Asociación Nacional de la Protección a la Infancia, encargado de ampliar los programas de alimentación y atención a los niños huérfanos o abandonados " (96) .

En enero de 1961, se crea por Decreto Presidencial el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y presidido por la esposa del entonces presidente Adolfo López Mateos. Para realizar un programa de obras de protección integral para la niñez mexicana, se formularon ocho puntos básicos: 1) desayunos para escolares y preescolares; 2) Centros de orientación nutricional; 3) Planteles de Rehabilitación integral; 4) Integración Social del menor; 5) Protección específica a la niñez indígena; 6) Divulgación; 7) Investigación científica; y 8) Coordinación. El 15 de julio de 1968, se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el fin de contribuir a resolver las problemas de abandono y explotación de los menores, en 2 159 municipios, es decir, casi la totalidad del país. Mediante tres unidades: Casa Cuna, Casa Hogar para niñas y un Hospital Infantil.

El 10 de enero de 1977 se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia mediante la fusión de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, con sus distintos organismos, teniendo por objetivo la atención en el medio familiar y social de los problemas de salud, educación y desarrollo cultural de la niñez.

En diciembre de 1982, por decretos del ejecutivo federal, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se integró al sector salud y se le encomendó la realización de los programas de asistencia social del gobierno de la República, por lo que se adecuaron sus objetivos y se pusieron a su disposición los bienes muebles e inmuebles y los recursos que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, venía destinando a servicios de asistencia social y de rehabilitación, de carácter no hospitalario. Consolidando su estructura orgánica en el marco del Sistema Nacional de Salud, para operar los programas de asistencia social, bajo la orientación normativa de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Publicándose sus objetivos en el Diario Oficial de la Federación de el 21 de Diciembre de dicho año.

En febrero de 1984, se promulga la Ley General de Salud, dándole a la asistencia social el carácter de servicio básico de salud y se le agrupa en la legislación sanitaria mexicana, entre las materias de salubridad general. En marzo del mismo año, con el fin de optimizar recursos, se constituyó el Subsector de Asistencia Social, compuesto por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que tiene el carácter de coordinador, los Centros de Integración juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud.

En diciembre de 1985, se aprueba por el Congreso de la Unión la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que se publica en el Diario Oficial de la Federación en enero de 1986, ordenamiento que establece las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social, promueve la prestación de los servicios en este campo y que garantiza la concurrencia y colaboración de la federación, estados, municipios y sectores social y privado. A partir de ésta Ley, en las 31 entidades federativas se emitieron ordenamientos estatales en esa materia.

Para 1988, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con Sistemas Estatales DIF y DIF municipales. De esta manera los beneficios se extienden a un mayor número de mexicanos en el medio rural y en las áreas marginadas urbanas mediante una infraestructura compuesta de: Centros de Desarrollo Comunitario, Familiares, de Salud Comunitaria, de Bienestar Social Urbano, de Rehabilitación y Educación Especial e instituciones de investigación y otras destinadas a la prestación de servicios asistenciales .

La demanda de asistencia social no ha desaparecido, aunque sí ha tomado muy distintos matices; de hecho, la vulnerabilidad tiene en la actualidad formas no imaginadas hace cuatro o cinco décadas. Por esto, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia busca apoyar a los grupos marginados en la solución de sus problemas impostergables de subsistencia, prevenir que sufran males mayores, mejorar sus condiciones de vida, ofrecerles la posibilidad de integración social y productiva, mediante el diseño de respuestas más acordes y eficaces a los fenómenos de marginalidad.

### **Los órganos rectores del DIF**

*Se rige por una Junta de Gobierno, un Patronato y un Director General.* " La Junta de Gobierno está constituida por los secretarios de Salud, Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública y Trabajo y Previsión Social, además de los titulares del Departamento del Distrito Federal, la Procuraduría General de la República, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Lotería Nacional y Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública. En la Junta de Gobierno participa también el director general del DIF, quien es nombrado en ese cargo por el presidente de la república.

" El Patronato está encabezado por la esposa del presidente en turno y diez miembros, de los sectores; empresarial, investigadores, comunicadores, intelectuales, médicos y representantes de las principales corrientes políticas en el Poder Legislativo.

" La dirección General está estructurada en dos subdirecciones; la Subdirección de Asistencia y Concertación encargado de verificar el desempeño de los programas dirigidos a menores, jóvenes, discapacitados, ancianos y población desamparada. En tanto que la Subdirección de Operación atiende las acciones de ayuda alimentaria, nutrición, desarrollo comunitario y comunicación intersectorial con los DIF estatales " (97).

### **Regionalización**

**La extensa variedad geográfica socioeconómica y humana de nuestro país hace que el concepto de marginación varíe en cada una de las regiones de nuestro país, es por ello que el DIF procura**

la descentralización de la asistencia social a fin de ofrecer una atención más cercana y útil a la población vulnerable en sus entidades, aplicando criterios locales.

Cabe señalar que el DIF es una institución federalizada de origen, pues no está conformado por delegaciones. Es un sistema constituido por una unidad central coordinadora que se vincula con 31 DIF estatales y casi dos mil DIF municipales, que son instancias de los gobiernos locales.

### **Población beneficiada**

Es la institución que articula la política asistencial del gobierno y los grupos ciudadanos, como tal, constituye un factor estratégico de la política social del Estado mexicano. Las actividades de este organismo se extienden a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas marginadas, donde se da atención a la población más vulnerable: menores de cinco años, pequeños que estudian los primeros años de primaria, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, ancianos en situación de desventaja, discapacitados y niños en condiciones desfavorables.

La familia es el sujeto primordial de la política asistencial, pues en ella ocurren los procesos elementales de identificación, supervivencia, integración y formación de lazos sociales. Por ello sus acciones están dirigidas al bienestar de la familia procurando el beneficio de cada uno de sus miembros y de la comunidad donde se asientan.

Mediante tres objetivos principales:

- Proteger el sano desarrollo de los niños y las niñas.
- Promover la integración de la familia.
- Atender a los grupos más vulnerables del país.

Para ello cuenta con diversos programas que se aglutinan en torno a cinco políticas institucionales (con sus diferentes programas) :

- Mejoramiento del estado nutricional.*(Programa de raciones alimenticias, Programa de asistencia social alimentaria a familias)
- Asistencia a discapacitados.*(Programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad)
- Promoción del desarrollo familiar y comunitario.*(Cocinas populares y unidades de servicios integrales, Programa de desarrollo integral del adolescente, Programa de menores en circunstancias especialmente difíciles. Programa de atención a familias y comunidades en el DF y los Estados, Programas coordinados de salud)
- Protección y asistencia a la población en desamparo.*(Casas cuna, Casas hogar para niñas y niños, Internados amanecer, Casa hogar para ancianos, Centros de desarrollo infantil, Campamentos recreativos)
- Defensa de los derechos del menor, la mujer y la familia.* (Procuraduría de la defensa del menor y la familia).

## SECRETARIA DE SALUD

Es en 1934 cuando entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, mediante órganos regionales para lograr la unificación técnica de los servicios a fin de sumar los esfuerzos de los niveles federal y estatal de gobierno.

En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, la cual se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Con la creación de la Comisión Nacional de Hospitales, en 1954, se pretende orientar los programas de construcción de unidades hospitalarias y se declara de interés social la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo. En 1977 se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud. Es una característica de este periodo es la centralización de los servicios de salud y, aun cuando se realizan acciones importantes, la insuficiente programación integral impide que el Sector Salud se consolide formalmente.

Para 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos.

Un año más tarde, se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de expresarlos en iniciativas de ley, en programas y en estrategias. En ese año se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Además se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

El Ejecutivo Federal formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social. En ese periodo se impulsa una reforma jurídica, estructural y operacional de los servicios públicos de salud del gobierno de la República, con el fin de avanzar con celeridad y firmeza en el cometido de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante un Sistema Nacional de Salud armónico y coherente y con un esquema de compromisos sociales bien establecidos en el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

" La nueva concepción de organización y funcionamiento de los servicios a la población lleva a cambios de fondo en la infraestructura administrativa, con el fin de sustentar el cumplimiento

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

de las nuevas facultades y responsabilidades. Este proceso de redefinición deriva en el cambio de denominación de Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud.

" La actual etapa de desarrollo entre 1989 y 1993 se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en la descentralización y sectorización conducidas por la Secretaría de Salud. Esta etapa se identifica también por el uso intensivo de la programación sectorial como ejercicio participativo, democrático y ordenador que permite el uso eficiente de los recursos y la adopción de medidas necesarias para el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

" Asimismo, esta etapa se caracteriza por el esfuerzo descentralizador de los servicios a la población abierta, y en materia de modernización administrativa y legislativa de la salud, por medio de la simplificación y racionalización de las infraestructuras, procedimientos y sistemas de gestión, así como la aplicación de nuevos ordenamientos para la descentralización efectiva. Se hacen importantes adelantos en el control y eliminación de enfermedades transmisibles, así como en la prevención de enfermedades no transmisibles, y se avanza en la evaluación de riesgos en los estilos de vida y en el ambiente con el propósito de desarrollar métodos, medios e intervenciones para la promoción y protección de la salud " (98).

### **Objetivos**

Elabora y conduce la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

Coordina los servicios a la salud; crear, organizar y administrar establecimientos de salubridad, asistencia pública, servicios sanitarios y terapia social; aplica a la beneficencia pública los fondos que le proporcione la lotería nacional; normar, promover, apoyar, organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada y la impartición de asistencia médica y social a la maternidad y a la infancia; controlar la preparación, posesión, uso, suministro, importación y exportación de productos biológicos (salvo los de uso veterinario), la circulación de comestibles y bebidas y la distribución de drogas y productos medicinales; combatir las enfermedades transmisibles, las plagas sociales que afecten la salud, el alcoholismo, las toxicomanías y la mendicidad; poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de la prevención social en el trabajo; organizar congresos sanitarios y asistenciales y actuar con autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del código sanitario y su reglamento.

### **Organización del sistema de servicios de salud**

Para atender los problemas de salud de la población, los servicios que presta la Secretaría de Salud están organizados en tres niveles de atención, en orden creciente de complejidad y respondiendo a la frecuencia del tipo de padecimientos que se atiendan.

**ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA**

<b>PRIMER NIVEL DE ATENCION</b>	
<i>Unidad Auxiliar de Salud</i>	<i>Centro de Salud Rural para Población dispersa</i>
<b>Personal:</b> Médico pasante o técnico en atención primaria a la salud. Promotor de salud. <b>Ubicación:</b> Localidades dispersas de 500 a 999 hab. <b>Turnos:</b> Matutino o Vespertino y emergencias.	<b>Personal:</b> Médico pasante o técnico en atención primaria a la salud. Auxiliares de enfermería. Promotor de salud. <b>Ubicación:</b> Localidades dispersas de 1,000 a 2,499 hab. <b>Turnos:</b> Matutino o Vespertino y emergencias.
<b>Prestan servicios de:</b> Educación para la salud. Promoción de la participación social. Vacunación. Planificación familiar. Control del niño sano. Control del embarazo. Rehidratación oral. Consulta a enfermos. Detección de padecimientos. <b>Atención de urgencias y curaciones:</b> Vigilancia de la convalecencia. Envío de pacientes al siguiente Nivel de Atención.	

<i>Centro de Salud Rural para Población Concentrada</i>	<i>Centro de Salud Urbano</i>
<b>Personal:</b> Médico general. Auxiliares de enfermería. Pasante de odontología o técnico en salud dental. Promotor de salud. <b>Ubicación:</b> Localidades dispersas de 2,500 a 14,999 hab. <b>Turnos:</b> Matutino o Vespertino y emergencias.	<b>Personal:</b> Médicos generales. Auxiliares de enfermería. Odontólogo. Promotor de salud. <b>Ubicación:</b> Localidades dispersas de 9,000 a 18,499 hab. <b>Turnos:</b> Matutino o Vespertino y emergencias.
<b>Prestan servicios de:</b> Educación para la salud. Promoción de la participación social. Vacunación. Planificación familiar. Control del niño sano. Control del embarazo. Rehidratación oral. Consulta a enfermos. Detección de padecimientos. <b>Atención de urgencias y curaciones:</b> Vigilancia de la convalecencia. Atención dental. Atención de partos. Rayos X y laboratorio. Envío de pacientes al siguiente Nivel de Atención.	

<b>CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>Personal:</b> Médicos generales. Auxiliares de enfermería. Odontólogos. Cirujanos y anestesiistas. Promotor de salud.	<b>Ubicación:</b> Localidades de 9,000 a 18,000 hab. <b>Turnos:</b> Servicio las 24 horas todos los días.
<b>Prestan servicios de:</b> Educación para la salud. Promoción de la participación social. Vacunación. Planificación familiar. Control del niño sano. Control del embarazo. Rehidratación oral. Consulta a enfermos. Detección de padecimientos. <b>Atención de urgencias y curaciones:</b> Vigilancia de la convalecencia. Atención dental. Atención de partos. Operaciones sencillas. Rayos X y laboratorio. Servicio de diagnóstico. Envío de pacientes al siguiente Nivel de Atención.	

El segundo nivel, otorga servicios de consulta externa especializada y de hospitalización a pacientes enviados por el Primer nivel, así como a los que se presentan con urgencia médicas graves que requieren de atención de personal médico especializado.

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	
HOSPITAL GENERAL	
Personal: Médicos generales y especialistas. Pasantes y técnicos especializados. Enfermeras generales, con especialización y auxiliares	Ubicación: Localidades de 10,000 y más hab Turnos: Servicio las 24 horas todos los días
Presta servicios de: Atención de enfermedades de la mujer, embarazos y partos complicados. Enfermedades de los niños. Enfermedades de los adultos y sus complicaciones. Operaciones mayores. Atención dental. Rayos X y laboratorio. Servicio de diagnóstico. Urgencias. Requiere valoración del Primer Nivel de Atención excepto para urgencias.	

El tercero, otorga servicios curativos y de rehabilitación a usuarios enviados por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad y de tratamiento especializado.

TERCER NIVEL DE ATENCION	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Personal: Médicos y enfermeras altamente especializados con tecnología avanzada Ubicación: Localidades de más de 500,000 hab Turnos: Matutino y vespertino	Personal: Médicos y enfermeras altamente especializados con tecnología avanzada Ubicación: Localidades de más de 500,000 hab Turnos: Matutino y vespertino
Prestan servicios de: Consulta externa y hospitalización altamente especializada. Rehabilitación. Rayos X, laboratorio y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Realizan actividades de docencia e investigación. Requiere valoración del Segundo Nivel con excepción de urgencias.	

(99)

La estructura actual de la Secretaría de Salud se compone por:

" Subsecretarías:

- X Coordinación y desarrollo
- X Regulación y Fomento Sanitario
- X Servicios de Salud

Oficialía Mayor

Direcciones Generales:

- |                                             |                                        |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| X Coordinación Estatal                      | X Atención Materno Infantil            |
| X Control de Insumos para la Salud          | X Epidemiología                        |
| X Control Sanitario de Bienes y Servicios   | X Fomento de la Salud                  |
| X Coordinación Sectorial e Internacional    | X Salud Ambiental                      |
| X Estadística, Informática y Evaluación     | X Asuntos Jurídicos                    |
| X Medicina Preventiva                       | X Planificación Familiar               |
| X Programación, Organización y Presupuesto  | X Enseñanza en Salud                   |
| X Recursos Materiales y Servicios Generales | X Regulación de los Servicios de Salud |

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### Unidades:

- X Comunicación Social
- X Organos Administrativos Desconcentrados
- X Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
- X Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
- X Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmuno Deficiencia Adquirida
- X Gerencia General de Biológicos y Reactivos
- X Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento
- X Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados
- X Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal " (100).

Las unidades descentralizadas comprenden los siguientes institutos:

- |                                                      |                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| X Instituto Mexicano de Psiquiatría                  | X Instituto Nacional de la Senectud   |
| X Centros de Integración Juvenil S.A.                | X Instituto Nacional de Cancerología  |
| X Hospital General "Dr. Manuel Gea González"         | X Instituto Nacional de Perinatología |
| X Instituto Nacional de Cardiología                  | X Instituto Nacional de Salud Pública |
| X Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias   | X Hospital Infantil de México         |
| X Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran" | X Instituto Nacional Pediatría        |
| X Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía    |                                       |

Las unidades desconcentradas están integradas por:

- |                                                    |                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| X Instituto Nacional de la Comunicación Humana     | X Instituto Nacional de Ortopedia |
| X Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación | X Hospital General de México      |
| X Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea      | X Hospital Juárez de México       |

## PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

### Antecedentes

La extensión de la seguridad social al campo, se determinó que se intentaría extenderla para hacer llegar sus beneficios a trabajadores desprotegidos contractualmente, en clara alusión a la inmensa mayoría de los campesinos e indígenas del país, marginados del desarrollo nacional en forma secular.

Incorporándose en 1954 a la seguridad social a trabajadores asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la República. Este paso inicial se da en 13 municipios que contaban con extensas áreas de cultivo y una adecuada infraestructura en cuanto a vías de comunicación, sistemas de riego y tecnificación de los procesos productivos. En 1960, el Seguro Social amplía su cobertura a los trabajadores estacionales del campo y a los miembros de las sociedades de crédito ejidal, en 1963 hace extensivos sus beneficios a los productores y cortadores de caña, y en 1972 a los ejidatarios dedicados al cultivo del henequén.

En 1973 con la modificación de la Ley del Seguro Social nace el concepto de Solidaridad. Mediante ella la institución extiende sus beneficios a la población sin capacidad contributiva a través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, sus costos de operación son erogados en un 40% por el IMSS y un 60% por el Gobierno Federal.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Comprometiéndose la población, como contraprestación a la atención médica otorgada, a realizar actividades en beneficio de la salud individual, familiar y colectiva.

En mayo de 1979 se confiere al IMSS la responsabilidad de proteger con servicios de salud a la población de las zonas marginadas rurales del país. La formación del convenio se realiza por conducto de la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), organismo instituido con el propósito de coordinar la labor de distintas dependencias federales y estatales, en materia de salud, educación y abasto alimentario, servicios públicos, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina, e impulsar con ello la integración al desarrollo de México de los habitantes del medio marginado rural. El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria adquiere el rango de nacional y comienza a ser identificado con el nombre de IMSS-COPLAMAR.

Durante el período 1974 - 1978, el IMSS construye y pone en operación 30 Hospitales Rurales "S" en áreas rurales para otorgar la atención médica de segundo nivel y de manera coordinada con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) instala, en 310 graneros pertenecientes a esa dependencia y adaptados como Unidades de Medicina Rural para servicios de salud de primer nivel, operando en 25 estados de la República.

En febrero de 1983, el derecho a la salud de todos los mexicanos queda elevado a rasgo constitucional y el estado comienza a realizar acciones para hacerlo efectivo. En abril de ese año, el gobierno federal decreta la desaparición del organismo COPLAMAR, ante lo cual, el IMSS asume la responsabilidad operativa del Programa, circunstancia que permite transformar, con base en su experiencia institucional las recomendaciones de la Conferencia Internacional del Alma-Ata sobre atención primaria, el modelo médico establecido desde los inicios de la solidaridad social en el modelo de atención integral a la salud actualmente vigente.

A raíz de la descentralización de los servicios de salud a la población abierta decretada en 1986 por el ejecutivo federal, el IMSS transfiere a los gobiernos estatales (14) la infraestructura local del Programa, quedando circunscrita a sólo 18 estados y 19 delegaciones del IMSS, denominándose a partir de 1988 IMSS-Solidaridad

### **Características de la población**

La pobreza es parte de la realidad nacional, siendo las zonas rurales las que concentran el grueso de la población en condiciones extremas. En la práctica, ésta se ubica en la zona montañosa y de difícil acceso, en los estados de Chiapas, Oaxaca Veracruz, Puebla, Guerrero, parte del Estado de México, Hidalgo, Tlaxcala, Michoacán Nayarit, Durango y Chihuahua.

Para el Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, los estados del país se estratifican en cinco grados de marginación, ubicando a 11 estado dentro de los grados de **marginación** muy alto y alta, 14 en los de marginación media, y el resto de las entidades **federativas** en los grados de marginación baja y muy baja. Cuando se desciende en el análisis al **nivel municipal**, la pobreza aparece con mayor nitidez, ya que de los 2 392 municipios del país (incluido el D.F.), en 79 por ciento de ellos predominan los índices de marginación muy alta y alta, y sólo 4.7 por ciento la marginación es baja.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

En este orden de análisis, y referido a los estados, el grueso de los municipios con mayor índice de marginación se ubica en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Zacatecas, Puebla y Veracruz.

El universo de trabajo de IMSS-Solidaridad, se ubica en dos estados con marginación muy alta (Oaxaca y Chiapas), en dos con marginación baja (Coahuila, Baja California Norte) y en siete estados en cada uno de los estratos de marginación alta (Hidalgo, Veracruz, San Luis Potosí, Tabasco, Puebla, Zacatecas, Yucatán, Quintana Roo) y media (Michoacán, Campeche, Nayarit, Sinaloa, Durango, Tamaulipas, Chihuahua). El 88% de los municipios donde reside la población derechohabiente están catalogados como alta y muy alta marginación (de acuerdo a los criterios de PRONASOL).

La actividad económica primordial en el 90% de las localidades es la agricultura y el cultivo principal es el maíz. El 62% de los productores agrícolas no posee más de tres hectáreas. La población indígena es predominantemente rural (atendiendo a 43 grupos étnicos que representan el 76 % del total nacional), pero como producto de las migraciones, los indígenas también viven en zonas urbanas y cuando menos un millón de ellos habitan en el área metropolitana de la ciudad de México.

El 22% de la población es analfabeta y el 38% no completó la educación primaria, el 69% de las viviendas cohabitan más de seis personas y 47% tienen piso de tierra y las condiciones de pobreza, ausencia de empleos, cultivo de temporal, etc., son causa de la migración constante que se da en esta población.

Inciendo todo esto en el predominio de los padecimientos derivados de la falta de servicios públicos básicos, de salubridad y las precarias condiciones de la vivienda en, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, alta fecundidad, la desnutrición, los padecimientos crónicos degenerativos, los derivados del alcoholismo, accidentes y violencia así como los padecimientos endémicos en algunas regiones.

### **Financiamiento**

Es financiado con recursos de la federación (operación e inversión) y administrado en forma desconcentrada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Opera en 18 entidades federativas con servicios de salud a población abierta no descentralizados y colonos del Centro Penal Federal de Islas Marías.

En 1992 se destinaron 585,323 millones de pesos en la operación del Programa; 70% a gastos de personal, 19% al consumo de bienes, 7% servicios generales y 4% en conservación y mantenimiento. El 96% del gasto total se designó en la operación del Programa, sólo el 4% al nivel central.

### **Organización**

La estructura del programa IMSS-Solidaridad está formada por cuatro niveles: central (nacional), delegacional (estatal), zonal y operativo

## ADMINISTRACIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN MÉDICA

El nivel central corresponde a la coordinación general, que depende de la dirección general, tiene funciones normativas y de control en el ámbito interno y de coordinación y concertación en el externo.

A nivel estatal, el delegado del Instituto, representante del director general, es el responsable de la administración del programa. El jefe de los servicios médicos, quien depende del delegado, supervisa técnica y administrativamente la operación y dirige uno o más equipos multidisciplinarios de supervisión (médico, enfermera, administrador y técnico en acción comunitaria), que a su vez tiene a su cargo uno o más grupos zonales formados por un médico, un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente.

En ellos están representados los diferentes sectores de la administración pública, que realizan acciones de desarrollo rural y organizaciones campesinas e indígenas para fomentar la participación comunitaria y actuar integralmente frente a situaciones que afectan el bienestar de la población (educación, vivienda, saneamiento, programas alimentarios, desarrollo rural, etc.). Igualmente vigilan que, a través del programa se cumplan las políticas de salud del país.

El modelo de atención a la salud que aplica el programa se caracteriza por la participación de personal multidisciplinario en todos los niveles de organización, personal en formación y personal comunitario capacitado; el uso de tecnología simplificada adecuada al medio; la coordinación de acciones con otros sectores de la administración pública así como con organizaciones campesinas e indígenas; el respeto a la cultura la organización social, las condiciones locales y las prácticas tradicionales (populares) para atender la salud.

La comunidad participa en forma organizada (asambleas, comités de salud y solidaridad) en el análisis y la jerarquización de los riesgos y problemas locales de salud y sus causas (diagnóstico de salud local), para facilitar la toma de decisiones desde la planeación de acciones de acuerdo con expectativas, posibilidades y recursos locales, para luego actuar sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud y en la evaluación periódica de procedimientos, compromisos y resultados.

La población no aporta ninguna cuota en efectivo por los servicios que recibe; su responsabilidad consiste en comprometerse en el autocuidado de su salud y la de su familia, y en participar en actividades de mejoramiento colectivo. (101)

Los servicios de salud se basan en un Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual se sustenta en un proceso permanente cuyo objetivo es, orientar su labor hacia el mejoramiento del estado de salud nivel de vida de la población rural marginada.

La estructura en los servicios de salud en el programa está organizada en dos niveles de atención, con una infraestructura de 3269 unidades de primer nivel y 54 hospitales de 2º nivel.

La UMR de 1er nivel son atendidas con un médico pasante en servicio social, médico graduado o técnico rural de salud en el caso de las localidades muy distantes y dos auxiliares del área médica, con lo cual se atiende la salud de los habitantes de la localidad sede y tres localidades de acción intensiva, lo que representa en promedio entre 3 y 5 mil habitantes. Manejándose un cuadro básico de 91 medicamentos para atender la patología más frecuente, se promueve y orienta la organización y participación de la comunidad a través de 12,249 comités de salud,

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

6,400 parteras rurales capacitadas, 78,339 promotores sociales voluntarios y más de 4,000 asistentes rurales de salud.

Los hospitales rurales se construyen con una capacidad instalada de 70 camas, las cuales se van autorizando progresivamente de acuerdo con indicadores de demanda. Atienden la demanda de consulta (Hospitalización, Urgencias, Auxiliares de Diagnóstico y Consulta) de la localidad sede y de aproximadamente 6 localidades cercanas, cifra que varía según el número de médicos familiares. Los hospitales tienen una población indirecta para apoyo de segundo nivel de 200 mil habitantes en términos generales. Tiene cuatro especialidades básicas, 54 quirófanos, 54 salas de expulsión, alrededor de 1,573 camas. Manejan un cuadro básico de 212 medicamentos, cuentan con centros de capacitación, asesoría y biblioteca

El grupo multidisciplinario a nivel delegacional, está compuesto por personal de las áreas administrativa, comunitaria, enfermería y médica. El nivel central corresponde a la Coordinación General que depende de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene funciones normativas de asesoría, evaluación y control en el ámbito interno y de concertación en el externo.

El Modelo de Atención Integral a la Salud considera primordial la participación organizada y comprometida de la población en la solución de sus problemas de salud y sus características son:

- ✕ Elaborar con la población, el diagnóstico de salud de la localidad y de sus localidades de acción intensiva.
- ✕ participación de la comunidad, para la toma de decisiones en la planeación, ejecución de acciones y evaluación de resultados.
- ✕ concertar acciones con los sectores público, social y privado; organizaciones campesinas e indígenas y en general con la comunidad.
- ✕ servicios de salud regionalizados, buscando la adecuación a las necesidades y la cultura local.
- ✕ proporcionar una atención integral, oportuna y eficaz para lograr la aceptación progresiva de la población en el trabajo conjunto hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida.
- ✕ acciones básicas de atención primaria a la salud, aplicando la tecnología apropiada a las necesidades locales de salud al costo que el país pueda soportar.

### **Estrategias**

1. Promover la educación de los habitantes a fin de modificar hábitos higiénicos
2. conocimiento de la epidemiología local
3. participación comunitaria en programas para la salud
4. respeto de tradiciones a fin de conocer e influir en su terapéutica, mediante la interrelación de conocimientos.

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

COORDINACIONES INTERSECTORIALES (1994)

COORDINACIÓN Y CONCERTACION INTERSECTORIAL	
Institución	Actividades
Secretaría de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Vigilancia epidemiológica</li> <li>* Atención materno-infantil</li> <li>* Vacunación Universal</li> <li>* Prevención y control de enfermedades diarreicas</li> <li>* Extensión de cobertura</li> </ul>
Secretaría de Desarrollo Social Programa Nacional de Solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ampliación de cobertura</li> <li>* Mejoramiento de la vivienda</li> <li>* Saneamiento del medio</li> <li>* Producción familiar de alimentos</li> <li>* Mejoramiento de condiciones de salud de jornaleros agrícolas</li> </ul>
Secretaría de Gobernación	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Atención a refugiados</li> <li>* Atención a la salud a colonos del Penal Federal de las islas Marías</li> </ul>
Instituto Nacional para la Educación de los Adultos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alfabetización</li> <li>* Educación Básica</li> <li>* Educación para la salud</li> </ul>
Instituto Nacional Indigenista	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacitación a equipos de salud</li> <li>* Apoyo logístico mutuo</li> <li>* Atención a niños indígenas en albergues</li> <li>* Interrelación con la medicina tradicional</li> </ul>

Visión del cambio en la seguridad Social 1988 - 1994; IMSS 1994 p. 224

COORDINACIÓN Y CONCERTACION INTERSECTORIAL	
Institución	Actividades
Desarrollo Integral de la Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alimentación complementaria</li> <li>* Brigadas móviles</li> <li>* Asistencia a minusválidos</li> </ul>
Comisión Nacional del Deporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Promoción de la salud</li> <li>* Capacitación a jóvenes</li> <li>* Saneamiento básico</li> </ul>
Culturas Populares	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Apoya a proyectos de la comunidad</li> </ul>
Leche Industrializada Conasupo (LICONSA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alimentación complementaria</li> <li>* (Leche Industrializada)</li> </ul>
Comisión Nacional de Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Normatividad de la cadena alimenticia</li> </ul>
Agrupaciones Campesinas CNC, CCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gestión y derivación de necesidades y planteamientos de las comunidades campesinas</li> </ul>
Confederación de Pueblos Indígenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gestión y derivación de necesidades y planteamientos de las comunidades indígenas</li> </ul>
Gobiernos de los estados y municipios	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mejoramiento de la vivienda</li> <li>* Saneamiento del medio</li> <li>* Vacunación</li> <li>* Apoyo alimentario</li> <li>* Producción familiar de alimentos</li> </ul>

Visión del cambio en la seguridad Social 1988 - 1994; IMSS 1994 p. 228

## ✓ OTRAS INSTANCIAS DE LA SALUD

### Comisión de salud del Senado de la República

La Comisión de Salud del Senado de la República es una de la 26 Comisiones que contempla el artículo 78 del senado, está integrada por Presidente, Secretario Técnico y seis integrantes. Tiene como funciones, auxiliar y dictaminar las iniciativas de Ley y de decreto y de participar en las deliberaciones y discusiones sobre la materia

No siendo las audiencias públicas, sólo de información. Las decisiones se tomarán por mayoría de votos, seguirán funcionando durante el receso del Congreso, podrán solicitar la información que requieren mediante entrevistas con funcionarios públicos y en conferencia con los correspondientes en la Cámara de Diputados para la emisión de dictámenes (102)

### Comisión de salud de la Cámara de Diputado

Las Comisiones constituida en la Cámara de Diputados, se constituyen con carácter definitivo y funcionan para toda una Legislatura, integrándose en el mes de septiembre que inicia la legislatura. Sus integrantes durarán en el 3 años, tendrán la competencia que se deriva de su denominación, en correspondencia a las respectivas áreas de la Administración Pública Federal, así como de las normas que rigen el funcionamiento de la Cámara.

La Comisión de Salud tendrá la competencia de estudiar, auxiliar y dictaminar las iniciativas de Ley y de decreto y de participar en las deliberaciones y discusiones de la Asamblea de acuerdo con las disposiciones del Reglamento Interior.

No podrá ser integrada por no mas de 30 diputados electos por el Pleno de la Cámara a propuesta de la Comisión de Régimen Interno y Concertación política, cuidando que en ellas se encuentren representados los diferentes grupos parlamentarios, tanto en las presidencias como en las secretarías correspondientes. (103)

" Las reuniones de las Comisiones ordinarias de dictamen legal no serán públicas; sin embargo; cuando así lo acuerden, podrán celebrarse reuniones de información y audiencias a los que podrán asistir, a invitación expresa, representantes de grupos de interés así como personas que puedan informar sobre determinado asunto " (104).

" Las Comisiones tomarán sus decisiones por mayoría de votos de sus miembros. Su presidente tendrá el voto de calidad en caso de empate ... Las Comisiones de la Cámara estarán facultadas para solicitar, por conducto de su Presidente, la información y las copias de documentos que obre en poder de las dependencias públicas , así como para celebrar entrevistas con los servidores públicos para ilustrar su juicio " (105).

### Comisión de salud de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal

No cuenta con un reglamento que norme sus funciones como el caso de las anteriores, sólo se me informó que tiene un carácter de gestoría entre quienes necesitan de atención médica o insumos para la salud y las instituciones dedicadas a ello.

## CONCLUSIONES

" La salud y el desarrollo están estrechamente relacionados: la salud es condición *sine qua non* para el desarrollo, y si se acepta que la salud es no sólo la ausencia de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, entonces requiere de un estado suficiente en el desarrollo para lograr tal condición. " Kumate

LAS NECESIDADES DEL DESARROLLO DEL SECTOR SALUD EN EL LARGO PLAZO

Me parece oportuno, para finalizar, dar una breve descripción referente a lo sucedido después de 1994, fecha límite de la investigación, pues factores como la crisis de ese año y toda su implicación, afectaron a los sectores sociales. En primer término presento el marco posterior a la crisis, en segundo una propuesta privada para la modificación del sistema de salud, en tercero, la propuesta de reforma del sector salud por parte de la secretaría de salud y para concluir con mi propuesta de un sistema único de atención médica, fin de esta investigación.

### ✓ ... Y DESPUÉS DE LA CRISIS, QUÉ ?

La política social se conforma de un conjunto de acciones estatales tendientes al bienestar social de la población. Trata de asegurar un mínimo nivel de renta real y bienestar a la sociedad, compensando los ingresos permanentemente insuficientes o a las consecuencias de hechos que los han reducido las condiciones de vida o de trabajo. En nuestro país las actuaciones de ésta política contemplan acciones no sólo monetarias, sino también regulaciones salariales, de la edad ante el trabajo, la política de atención a la salud, de educación, de vivienda, de urbanismo, de empleo y de beneficencia pública. Dicha política, no tiene como fin último la reproducción económica, sino asegurar un clima de paz y estabilidad social en los núcleos más pobres de la población. Razón por la cual, ella está supedita a las variaciones de la economía mexicana, por eso, en épocas de crisis económicas, aún que se acentúen más las partidas nominales al sector social, en términos reales siempre mostrarán una reducción.

" La década de los noventa se está caracterizando por representar los efectos de la crisis de la deuda externa de los países en desarrollo y por el grave empobrecimiento en el que se encuentran sumidos después de haber aplicado las políticas de ajuste estructural propias de los años ochenta" (106).

En México se han desvanecido los beneficios del desarrollo que, en términos estrictos, debería brindar una política de ajuste estructural en el largo plazo, ya que en el transcurso de los últimos 16 años, lejos de rectificarse, se acentuó la correlación de menor crecimiento con una mayor marginación de los estados y las regiones, lo cual, ha arraigando la desigualdad en los niveles de bienestar y el creciente número de personas dentro de una situación de exclusión social, debido a que 37 millones 200 mil mexicanos se encuentran en las líneas de pobreza extrema e indigencia.

La crisis económica de diciembre de 1994 y el plan de choque elaborado para enfrentarla, derrumbaron abruptamente la promesa presidencial de "mayor bienestar para la familia". En términos generales, representó para México un retroceso a los niveles que tenía en 1988, producto del cierre de 15 mil de empresas, la pérdida de 1.5 millones de empleos, el desplome

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

de su PIB real en 7 por ciento, cuyo impacto en el terreno social se tradujo en cinco millones más de personas en situación de pobreza extrema. Superar el costo de esa crisis económica, se ha calculado oficialmente en 70 mil millones de dólares. Los cuales son recursos monetarios que dejaron de beneficiar a un sector o sectores del país, pues, las necesidades nacionales de desarrollo y bienestar, quedaron en segundo plano al imponerse las exigencias de los organismos financieros internacionales y el gran capital.

Referirnos a las consecuencias, es hablar de, una concentración de la riqueza que ha originado que más de 50 por ciento de la población en el país esté imposibilitada de consumir el mínimo de calorías necesarias para su adecuado desarrollo físico y mental.

Un incremento en el rezago cultural pues, para 1990, 12 % de la población residente en el país mayor de 15 años era analfabeta; es decir, más de 6 millones de personas. Además, la cifra de habitantes de más de 15 años sin primaria completa es cercana a 30 %, esto es, casi 15 millones.

Los estado clasificados con muy alto grado de marginación son los que conforman casi 20 por ciento del total nacional, debido a que el deterioro del nivel de vida se profundizó aun con política social cuyo objetivo está centrado en la erradicación de la pobreza.

11 por ciento de la PEA percibe ingresos inferiores a un salario mínimo, 33.8 entre una y dos mínipercepciones y 5.47 por ciento trabaja sin ninguna remuneración económica, a cambio de algún satisfactor como comida o vivienda. Otro 34.83 por ciento de la PEA tiene ingresos de entre dos a cinco salarios mínimos y sólo 11.63 gana arriba de esa cantidad, lo que implica que sólo 3 por ciento en promedio obtenga ingresos mayúsculos correspondientes a puestos de dirección empresarial o cargos elevados en la administración pública federal (107). Con lo cual se confirma que aproximadamente el 60% con trabajo fijo en México vive al igual que su familia con menos de ochocientos nuevos pesos mensuales. \*

Consideraciones como las del Frente Auténtico del Trabajo (FAT) estiman que tendrán que pasar cuando menos diez años para recuperar la pérdida de empleos y que el obrero mexicano alcance niveles de ingreso suficientes para su bienestar, siempre y cuando se establezcan las condiciones de una economía de mercado con sentido social que dé al trabajador su real dimensión como factor determinante de la actividad económica.

### \* Las cuatro fases del ciclo económico

Puesto que las fluctuaciones económicas son tan irregulares, tal vez sea sorprendente que se les denomine "ciclos". Pero todas tienen las mismas cuatro fases. Comenzando por identificar una recesión, debiendo diferenciarla de ligeros descensos de la economía, debiendo ser significativo. Una R, es un descenso en la producción, en la renta, en el empleo y el comercio, que dura habitualmente seis meses a un año y que viene marcado por contracciones generales en muchos sectores de la economía. Ella termina con el punto mínimo *trough* es decir, el punto de giro en el que la actividad económica está en su punto más bajo. Este viene seguido por una fase de expansión. La producción aumenta, y los beneficios, empleo, salarios, precios y tipos de interés generalmente aumentan. Históricamente, el punto máximo "peak" o punto de giro se asociaba a menudo con un pánico financiero. No sólo es difícil determinar cuando en descenso llega a ser lo suficientemente fuerte como para clasificarlo como una recesión. También es complicado decidir cuando una R. importante debe denominarse depresión. Pero la forma más clara de entenderla es, una recesión es cuando su vecino pierde el empleo y una depresión es cuando usted pierde su empleo

Mc Dugal, MACROECONOMÍA

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Se admite en el Plan Nacional de Desarrollo que alrededor de 14 millones de mexicanos no pueden satisfacer sus necesidades más elementales. Concentrándose en el sector rural tres cuartas partes de la población con pobreza más aguda. Los pobladores rurales del semidesierto y de las zonas de baja productividad padecen los efectos de la exclusión social. En las colonias populares también se reproduce la marginación. En ellas reside gran parte de quienes emigran del campo, lo que aumenta las presiones sobre los servicios públicos y la vivienda. \*

Resultado de todo esto es que, cerca de diez millones de mexicanos no cuentan con ningún tipo de acceso a los servicios de salud. Una parte sustancial de la población campesina no tiene acceso a la seguridad social, si bien se ha reducido la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional, ella y la desnutrición siguen ocupando los primeros lugares en causas de muerte infantil. (108)

" Sin una política social definida, con escasos recursos y con la desaparición del programa favorito del salinismo, el Pronasol, la administración zedillista pretende enfrentar a un enemigo que crece día con día: la pobreza. La batalla, de antemano, parece perdida" (109).

" De acuerdo con el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación de 1996, datos del INEGI y del Consejo Nacional de Población, se puede concluir que el presupuesto para el desarrollo social previsto por el gobierno para este año, resulta, como proporción del PIB, equiparable al que se ejerció en 1982 "(110) , previo a la crisis de la deuda y al establecimiento formal de los programas neoliberales.

" José Miranda, director de la consultoría laboral Nortalina, subraya que las condiciones de miseria en que se ha hundido al grueso de la población se deben a que el gobierno esta empeñado en privilegiar los aspectos macro de la economía (inflación, balanza comercial, finanzas públicas y paridad cambiaria) por sobre encima del empleo y niveles de bienestar.

" El modelo ya ha acumulado un enorme costo social y es necesaria una modificación sustancial orientada a detonar la inversión productiva y el empleo, 'porque si bien se habla de equilibrios, éstos sólo están en los libros'. Es momento, señaló, de sacrificar unos puntos de inflación liberando el gasto de inversión a fin de generar empleo, ahorro interno y perspectivas de bienestar a la población". (111)

\* " Las diferencias en la mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, hacen notable el contraste económico y cultural entre regiones y entidades federativas, tal es el caso de la mayor sobrevivencia de Nuevo León, Distrito Federal y Jalisco, donde las tendencias son similares a las de países en desarrollo; en tanto que Oaxaca y Tlaxcala, entre otras, no han podido superar el atraso.

Mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer en algunas entidades federativas durante 1990

Entidad	Esperanza de vida (años)	Mortalidad infantil (por 1000)
Nuevo León	73.7	25.1
Sonora	69.7	32.0
Estado de México	69.4	41.2
Tlaxcala	67.0	48.9
Oaxaca	61.4	48.8

Citado por Gaytán, Arturo en, EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, Rev. Méd. IMSS, Vol.31 #1, 1993

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

El Sistema Nacional de Salud, no está ajeno a la dinámica económica y tecnológica del país, debido a ello, todos los factores que he enumerado han repercutido en él. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud en agosto de 1996, exponía que la situación actual a la que se enfrenta el sistema está determinada por 3 factores:

1. Factores Económicos
2. Factores Institucionales
3. Factores Poblacionales

### 1. Factores Económicos

- ✕ Dependencia financiera y tecnológica del exterior
- ✕ Inflación
- ✕ Distribución desigual del ingreso
- ✕ Porcentaje elevado de pobreza extrema
- ✕ Endeudamiento externo
- ✕ Reducción del Déficit Público vía Reducción gasto público

### 2. Factores Institucionales

- ✕ Falta de comunicación entre instituciones
- ✕ Falta de descentralización de sistemas estatales
- ✕ Recursos insuficientes y uso racional
- ✕ Duplicidad de instituciones y programas
- ✕ Gigantismo institucional y burocracia

### 3. Factores Poblacionales

- ✕ Alta tasa de crecimiento poblacional
- ✕ Distribución inequitativa de recursos
- ✕ Falta de políticas educativas y alimenticias que complementen la atención médica
- ✕ Transición epidemiológica

Por esta realidad es necesaria una reforma, no sólo transcribir las mejores fórmulas que en otros países dieron resultado, no desechando los logros que el Sistema ha tenido, no olvidando sus deficiencias y la realidad ha dictado éstas dos propuestas que no se basan en quimeras.

## ✓ **PROPUESTA FUNSALUD**

El diagnóstico de los principales problemas a los que se enfrenta el Sistema de Salud ha llevado a FUNSALUD a justificar la necesidad de consolidar un Sistema Universal de Salud que permita que los servicios y la atención que estos brinden sea con equidad, calidad y eficacia a costo razonable y armonía con el desarrollo político, económico y social del país.

Las desigualdades en la distribución del gasto en salud son de cuatro veces mayor para los asegurados que para los no asegurados. Mientras que las instituciones de Seguridad Social, gastan \$735 por usuario, las instituciones que atienden a no asegurados gastan \$198. Casos extremos son los gastos de PEMEX de \$967 por asegurado, contra \$59 que gasta IMSS -

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Solidaridad. Además, entre estos últimos existen amplios contrastes geográficos a esta disparidad en el gasto, se suma *el aprovechamiento inadecuado de los recursos*.

" La variación en los costos unitarios también es significativa. Por ejemplo, el costo de una consulta típica de primera vez es casi cien por ciento mayor en la población asegurada que en la no asegurada. En el sector privado la fluctuación es nueve veces mayor. Además el país atraviesa por un importante proceso inflacionario en los Servicios de Salud.

" En resumen, se puede afirmar que el país dedica actualmente cerca de 5% de su riqueza a la salud, cantidad significativa de recursos aproximada a los 8 mil millones de dólares anuales. Por ello, resulta vital asegurar que dichos recursos sean invertidos en forma eficiente " (112).

Es por ello que se propone " una estructura y funcionamiento del nuevo Sector Salud en función de la Reforma.

- ✕ La reforma debe basarse en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo.
- ✕ La actual Administración Federal contempla los siguientes compromisos en materia de Salud.
- ✕ Que el Sistema de Salud opere horizontalmente para dar servicio integral y coordinado.
- ✕ Reforzar el gasto de medicina preventiva.
- ✕ Programas sociales para las comunidades rurales y marginados en las ciudades.
- ✕ Mejorar la calidad profesional del personal médico.
- ✕ Mejorar las condiciones salariales de médicos, enfermeras, paramédicos.
- ✕ Fomentar la participación del sector privado en servicios médicos, mediante licitación.
- ✕ Mayores recursos a la investigación científica.
- ✕ Innovación tecnológica.
- ✕ Desarrollo de los recursos humanos.

" La reforma debe retomar y profundizar la estrategia de la descentralización. Esta permitirá que los modelos de atención se adapten a la realidad local, para así enfrentar los problemas con una clara circunscripción territorial. Al mismo tiempo, la existencia de instancias normativas y financieras de alcance nacional permitirá promover la equidad entre las entidades federativas.

" La reforma debe introducir modificaciones estructurales que tiendan a la separación de funciones. En primer lugar, el fondeo y la administración de recursos para la atención a la salud deben mantenerse separados del resto de las prestaciones de la seguridad social, especialmente de las pensiones.

" Es necesario preservar el actual pluralismo del sistema de salud, pero superando los problemas que se derivan de la segregación de la población en diferentes instituciones. Para lograrlo, el sistema de salud debe organizarse por funciones y no por grupos sociales. En esta división de funciones, la Secretaría de Salud debe redefinir su misión central hacia la regulación del sistema. En esta forma se fortalece su papel rector. Por otra parte, se debe atender progresivamente a separar el financiamiento de la prestación de servicios, ampliando la libertad del usuario para elegir a su prestador primario. Así mejorará la satisfacción de los usuarios y habrá incentivos al buen desempeño de los prestadores. Lo que se requiere es un sistema que combine lo mejor del gobierno, la seguridad social y el sector privado.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

" Se habrá de explorar fórmulas innovadoras para financiar la atención de los grupos actualmente no cubiertos por la Seguridad Social. Entre ellas destacan los esquemas de prepago, que incorporen los incentivos necesarios para garantizar calidad y eficiencia. Es particularmente importante adoptar medidas que protejan a las familias de los gastos catastróficos.

" Para alcanzar la universalidad y poder cumplir con el derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución es necesario definir explícitamente un paquete de servicios esenciales de salud que sea accesible a toda la población. De acuerdo con el costo y la efectividad, el paquete debe incluir intervenciones de salud pública y de extensión comunitaria, junto con los servicios clínicos de prevención tratamiento y rehabilitación.

" Dentro del paquete de servicios esenciales de salud, tendrán prioridad la promoción de la salud y las medidas preventivas. Se trata de fortalecer la atención primaria sin descuidar los servicios de hospitalización.

" Es necesario medir con precisión los costos unitarios de los servicios para poder reducir los amplios márgenes de variación que se observan actualmente " (113).

En diferentes foros y textos FUNSALUD ha presentado su propuesta de reforma, la que a continuación se describe, es una síntesis del libro *SALUD, La sociedad civil frente a los desafíos nacionales*, en donde expone su diagnóstico.

1. Los problemas
2. Los principios
3. Los propósitos
4. Las propuesta
5. Los protagonistas
6. Las perspectivas de desarrollo

1. Los problemas

### Transformación del contexto socioeconómico

<input checked="" type="checkbox"/> demográfico	<input checked="" type="checkbox"/> educativo
<input checked="" type="checkbox"/> tecnológico	<input checked="" type="checkbox"/> cultural
<input checked="" type="checkbox"/> político	<input checked="" type="checkbox"/> económico

### Crecientes y cambiantes necesidades de salud, obstáculos al desempeño

<input checked="" type="checkbox"/> inequidad	<input checked="" type="checkbox"/> insuficiencia
<input checked="" type="checkbox"/> inadecuada calidad	<input checked="" type="checkbox"/> insatisfacción
<input checked="" type="checkbox"/> inflación	<input checked="" type="checkbox"/> inseguridad

### 2.3. Los principios y propósitos

#### Los principios de la Reforma son :

<input checked="" type="checkbox"/> ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> pluralismo
<input checked="" type="checkbox"/> solidaridad	<input checked="" type="checkbox"/> universalidad

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Los propósitos

equidad                       calidad                       eficiencia

(en el siguiente punto a continuación de las propuestas, se presentan el número de recomendaciones necesarias para conseguir el objetivo deseado)

4. Las propuestas	Recomendaciones
<input checked="" type="checkbox"/> los niveles de las políticas de salud	(14)
<input checked="" type="checkbox"/> sistémico	( 4)
<input checked="" type="checkbox"/> programático	( 5)
<input checked="" type="checkbox"/> organizacional	( 6)

Líneas estratégicas y recomendaciones :

### 1. Vincular estrechamente a la salud con el desarrollo económico y social

- crecimiento y distribución de la población
- condición de la mujer
- educación
- alimentación
- vivienda
- agua potable y saneamiento
- mejoramiento integral del ambiente
- empleo
- seguridad vial
- seguridad pública
- recreación y deporte

### 2. Consolidación de un Sistema Universal de Salud

### 3. Organizar el sistema de salud de acuerdo a funciones

### 4. Aplicar la reforma del Estado y del gobierno al ámbito de la salud

### 5. Mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, mediante la definición explícita de prioridades.

- Definir un paquete universal de servicios de salud orientado a reducir el peso de la enfermedad mediante intervenciones costo - efectivas
- enfatizar aquellos servicios que actúan sobre la prevención de los riesgos a la salud
- crear los incentivos necesarios para limitar la oferta de intervenciones de baja efectividad y alto costo
- establecer un mecanismo participativo y plural para la revisión periódica de las prioridades

### 6. Orientar a las organizaciones de la salud hacia el desempeño de alta calidad y satisfacción de la población.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- X Instituir una Estrategia Nacional por la Calidad y Eficiencia en Salud
- X diversificar los sitios de atención a la salud, reforzando la capacidad resolutoria del Ter nivel
- X diseñar un esquema de incentivos para que la remuneración sea proporcional al desempeño
- X favorecer una cultura organizacional centrada en el mejoramiento continuo del desempeño
- X establecer un mecanismo efectivo para la participación social, con representación en los niveles comunitarios, estatal y nacional

### 7. Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud

- X Racionalizar el aprovechamiento y la ampliación de la infraestructura física
- X desarrollar sistemas de información dinámico que sirvan a la toma de decisiones
- X promover la investigación esencial en salud
- X estimular el desarrollo integral de los recursos humanos para la salud
- X fortalecer la capacidad gerencial de las organizaciones de atención a la salud

### 8. Establecer un pacto social para la salud

## 5. Los protagonistas

" El pacto social por la Salud sólo puede surgir de la convergencia entre los principales actores del sistema de salud: los prestadores de servicios, las universidades y los centros de investigación, las empresas, las organizaciones no gubernamentales, el gobierno y, desde luego, la población, razón de ser del sistema " (114)

## 6. Las perspectivas de desarrollo

" La reforma del sistema de salud abre nuevas necesidades y oportunidades para la investigación en sistemas de salud, el análisis de políticas y el desarrollo de instrumentos para la transformación institucional " (115).

FUNSAJUD ha logrado establecer vínculos con diversas instituciones gubernamentales y privadas a través de su Centro de Economía y Salud (CES), el cual tiene por objetivo brindar a la sociedad la información y propuestas, para la toma de decisiones en favor de la salud y el desarrollo. Cuenta con dos líneas estratégicas: Observación de la salud y Análisis de políticas.

" El problema fundamental del sistema de salud mexicano es que segrega a los grupos sociales en subsistemas separados y monopólicos ( cuadro 1 ). Así, nuestro actual sistema puede caracterizarse como uno de integración vertical pero segregación horizontal: cada segmento institucional - La secretaría de Salud (SSA) y otras instancias de asistencia pública, la seguridad social y el sector privado - ejerce

las funciones de modulación, financiamiento y prestación, pero lo hace para el grupo específico que también cubre con servicios " (116)

1. Situación actual

Funciones	Grupos sociales		
	Asegurados	No asegurados	
		Pobres	Clases medias
Modulación	↓	↓	↓
Financiamiento			
Prestación			
	Seguridad social	SSA	Sector privado

El estudio FUNSALUD expone las dos grandes opciones internacionales para hacer frente a los problemas de salud segregado, la primera consiste en unificar a todas las instituciones de salud dentro de un solo sistema público. Pero al resolver la duplicidad de recursos y la cotización múltiple, esta opción refuerza la condición monopolística, agravando las ineficiencias.

La privatización en las instituciones públicas constituye la segunda alternativa, si bien destruye los monopolios, suelen agravarse las inequidades del sistema, al seleccionar las agencias privadas los riesgos que cubren a base de la exclusión de pobres y los más enfermos, es decir, justamente a los grupos con mayores necesidades de atención a la salud. Si bien queda superada la segregación burocrática se le sustituye por una segregación económica.

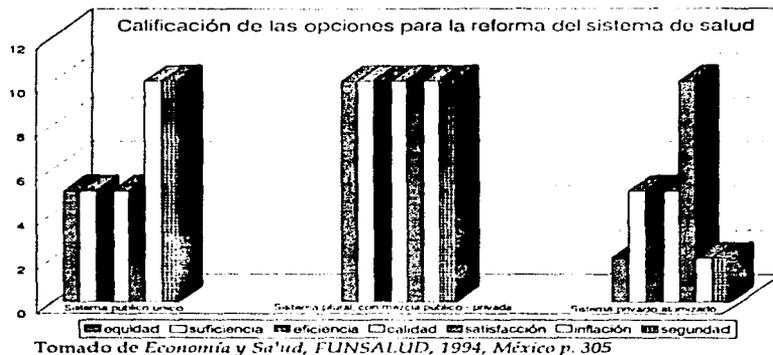
Existe una tercer vía que permite combinar lo mejor de las dos opciones anteriores para alcanzar un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad. Esta alternativa consiste en separar las funciones del sistema de salud para lograr un mezcla público - privada sustentada en el pluralismo. (como se muestra en el segundo cuadro)

2. Propuesta

Funciones	Grupos sociales			
	Asegurados	Pobres	Clases medias	
Modulación				SSA
Financiamiento				Seguridad social ampliada + Seguros privados
Prestación				Pluralidad institucional

Tomados de SALUD, LA SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LOS DESAFÍOS NACIONALES, FUNSALUD, 1995, México, p. 61 - 62

Según se propone en este esquema, la Secretaría de Salud tendrá una función coordinadora del Sistema Nacional de Salud (desarrollo del sistema de salud, coordinación, gestión financiera, regulación, protección al consumidor)



## ✓ PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995 - 2000

Por su parte la reforma 'pública' reconoce que la capacidad laboral, educativa y cultural sólo existirán en condiciones adecuadas de salud, sin embargo, en nuestro país la calidad y la cobertura en la atención no han sido uniformes. La conjugación de factores económicos (pobreza), de educación, de indiferencia, el perfil demográfico y las nuevas enfermedades, se traducen en 10 millones de personas sin acceso médico y la subsistencia de grupos al margen de condiciones mínimas de salubridad e higiene. (117)

" El Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000 es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en la Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención, incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

" El programa está dividido en cuatro secciones fundamentales. La *primera* de ellas se refiere a la evolución que ha tenido el sistema de salud en México y describe un diagnóstico general de la situación actual. La *segunda* plantea los puntos fundamentales de la reforma, tanto en sus aspectos estructurales como funcionales. La *tercera* parte se ocupa de los principales programas específicos que dan contenido al Programa Sectorial y, en la *cuarta*, se señalan los programas de apoyo que habrán de coadyuvar al avance de la reforma y a la organización del sector" (118)

Se pretende continuar con el proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta, tanto los prestados a través de la Secretaría de Salud como los del programa

IMSS - Solidaridad, evitando que persistan sistemas paralelos de atención a la misma población, para constituir una posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. Los sistemas estatales, se coordinarán mediante la política nacional que articulará el Consejo Nacional de Salud, creado por decreto presidencial a inicios de 1995. La descentralización de los servicios permitirá una distribución más racional y equilibrada del gasto de acuerdo a los indicadores de mortalidad y marginación, a fin de " hacer de la política de salud del Gobierno de la República un instrumento democrático con justicia y equidad. En suma, busca alcanzar a plenitud y sin excepciones el derecho constitucional de protección a la salud que no asiste a todos los mexicanos " (119)

El Diario Oficial del 11 de marzo de 1996 expone el siguiente índice: (120)

- I. Antecedentes y situación actual del sistema de salud
  - Evolución del sistema de salud
  - Conformación del sistema de salud actual
- II. Propósitos, objetivos y lineamientos de la Reforma del Sector Salud
  - La salud en el desarrollo
  - Logros y retos
  - Principales problemas
    - insuficiente calidad y limitada eficiencia
    - Segmentarismo e insuficiente coordinación
    - Centralismo
    - Cobertura insuficiente
  - Objetivos
  - Lineamientos de la reforma
    - La elección de los usuarios como instrumento para incrementar la calidad
    - Ampliación de la cobertura de la seguridad social
    - Descentralización
    - La participación municipal en la salud
    - Ampliación de la cobertura a través de un paquete básico
    - Hacia una nueva organización del modelo de sistema de salud
- III. Los retos demográficos y epidemiológicos (los números entre paréntesis a continuación de los programas son subprogramas contemplados, los cuales no menciono)
  - Programa de promoción y fomento a la salud (3)
  - Programa de salud infantil y escolar (4)
  - Programa de salud reproductiva (6)
  - Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana (3)
  - Otros programas de salud para la población en general (7)
  - Programas regionales (8)
  - Fomento sanitario (4)
  - Asistencia social
- IV. Programas de apoyo a las tareas sustantivas
  - Fortalecimiento de los sistemas de salud (3)
  - Redefinición del proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación
  - Modernización y sistematización de las informaciones estadísticas y epidemiológicas

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Modernización administrativa  
Desarrollo de recursos humanos  
Recursos e insumos para la salud  
Investigación en salud

### **Anexo A: Acciones esenciales irreductibles de salud**

Salud pública (2)  
Atención médica (4)  
Fomento sanitario (6)  
Sistemas de información

### **Anexo B: Paquete básico de servicios de salud**

Definición  
Criterios para la elección de las intervenciones  
Intervenciones (12)  
Sistematización operativa  
Cuadro básico de Insumos del Paquete Básico de Servicios de Salud  
Aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud  
Capacitación  
Seguimiento y evaluación del Paquete Básico de Servicios de Salud

La medicina privada, ha crecido al margen de las políticas oficiales, aprovechando deficiencias en la oferta pública de servicios y la dificultad para responder a las cambiantes exigencias y necesidades de la población. La oferta privada de bienes y servicios de salud es responsable de la mitad del gasto total, a la vez que dispone de aproximadamente 10 por ciento de las camas censables, emplea 34 por ciento de los médicos y brinda alrededor de 32 por ciento de las consultas médicas. Entre la población de más bajos recursos, la medicina privada es de gran importancia, ya que brinda hasta 41 por ciento del total de contactos médicos. No obstante, la cobertura de seguros médicos privados es muy limitada y más aún lo es la adopción de esquemas de aseguramiento administrativo, que ha probado contundentemente en otros países ser la vía más directa hacia la contención de costos y la calidad.

"Para acceder a los cerca de 10 millones de mexicanos con nulo acceso a servicios de salud, y como un elemento primordial de equidad y justicia social, la reforma plantea como objetivo fundamental llegar a este grupo de población con servicios esenciales de salud, apoyando además con ello, los propósitos del Programa para Superar la Pobreza".

"La estrategia debe basarse en la adopción de los que se denomina 'paquete básico de servicios' (anexo B), que se define como un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a estas poblaciones en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar a bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados."

"En donde el nivel de ingresos haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios, debe ampliarse la seguridad social, con independencia de si esta población pertenece o no a la economía formal"(121).

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

"Así la Secretaría de Salud se concentrará en el papel rector y normativo del sector Salud. Las instituciones de seguridad social, en tanto tiendan hacia el fortalecimiento de la elección estarán separando la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios. La integración y descentralización de los servicios de atención a población abierta y la ampliación de estos servicios a través de un paquete básico, permitirá elevar la eficiencia y focalizar de manera más decidida los esfuerzos de combate a la pobreza. Esta reforma impulsa así el sector Salud de México hacia esquemas de organización más eficientes y equitativos que se están desarrollando en otras partes del mundo, en beneficio de los usuarios y los contribuyentes " (122).

**El Modelo hoy**

Puede introducirse un modelo de elección Características: <input checked="" type="checkbox"/> población de ingresos medios <input checked="" type="checkbox"/> con capacidad de pago anticipado <input checked="" type="checkbox"/> múltiples prestadores cercanos en el primer nivel	No puede introducirse el modelo Características <input checked="" type="checkbox"/> población de bajos ingresos <input checked="" type="checkbox"/> sin capacidad de pago anticipado <input checked="" type="checkbox"/> pocos prestadores
<b>Economía formal</b>	<b>Fuera de la economía formal</b>
Atendidos en mayor número por: <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad social (IMSS, ISSSTE) en menor número <input checked="" type="checkbox"/> Seguros privados	Atendidos en mayor número por: <input checked="" type="checkbox"/> Secretaría de salud <input checked="" type="checkbox"/> IMSS - Solidaridad <input checked="" type="checkbox"/> Sin acceso

**El Modelo que se persigue**

Puede introducirse un modelo de elección Características: <input checked="" type="checkbox"/> población de ingresos medios <input checked="" type="checkbox"/> con capacidad de pago anticipado <input checked="" type="checkbox"/> múltiples prestadores cercanos en el primer nivel	No puede introducirse el modelo Características <input checked="" type="checkbox"/> población de bajos ingresos <input checked="" type="checkbox"/> sin capacidad de pago anticipado <input checked="" type="checkbox"/> pocos prestadores <input checked="" type="checkbox"/> medio rural
<b>Economía formal</b>	<b>Fuera de la economía formal</b>
Atendidos en mayor número por: <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad social ampliada aumentar <input checked="" type="checkbox"/> Nuevas formas de aseguramiento privado.	<i>Sistemas estatales de salud operados descentralizadamente</i>

Tomado del Diario Oficial 11 Marzo 1996 p. 21

## ✓ ADMINISTRACIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN MÉDICA

Si bien la ancestral desigualdad económica del país acentuada por la correlación del ingreso y la concentración del mismo no parece tener una pronta solución, debido a la paradoja en que una mayor generación de riqueza ha propiciado el crecimiento acelerado de la pobreza que incide en los rubros de bienestar.\* Entonces se podrían introducir modificaciones en el subsistema de salud a fin de obtener beneficios en el mediano plazo como la presente propuesta lo pretende.

Considero que la propuesta esencial de FUNSALUD de una mezcla público-privado para la prestación de la atención médica no resolverá del todo las deficiencias del sistema, me refiero a las necesidades insatisfechas de la población. El beneficio real será, a la iniciativa privada médica, pues la inversión privada, en bienes muebles, se reducirá garantizando un mayor usufructo, al prestar servicios en edificios público. En tanto que el análisis de la situación, retos y propuestas para el mejoramiento de la atención médica los considero completos.

Por su parte el PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000 ve en la descentralización de los servicios médicos estatales, en el cobro de los servicios a la población con mayor capacidad económica, la solución para satisfacer la demanda existente y aun más, con estas medidas cubrir el déficit de 10 millones de personas. Aunque presentan extensos programas para la atención médica, no toma en cuenta factores exógenos que alterarían el resultado pretendido de los planes, como son los factores económicos, sociales y políticos.

Ya no podemos concebimos como parte de bloques económicos o sociales cerrados, pues al hablar del proceso de globalización como una realidad mundial, en la cual todos los países deben de participar mediante la actualización de su práctica administrativa pública, no se puede ser indiferente ante la dinámica que toma actualmente la economía mundial. Por ello es necesario, independientemente del modelo económico impuesto, plantear la renovación, la reforma, la actualización de todas las instituciones públicas, principalmente de aquellas relacionadas directamente con la producción económica.

La salud es un subproducto del tipo de desarrollo económico y social que se ha dado en una sociedad específica, porque es éste el que altera eventualmente al ambiente e influye, al igual que la cultura, en actitudes y comportamientos frente a la salud y a la enfermedad. Así mismo, la forma de desarrollo en una sociedad, al no darse de manera integral y homogénea, crea desigualdades sociales al interior de un país, estado o municipio.

\* " La aplicación del concepto bienestar de la población, como parte de las actividades de una comunidad se debe referir a los problemas sociales de los individuos. Relacionado con los niveles de existencia y de hábitat de los distintos grupos de la población. Esta vinculación debe tener un grado de correlación entre los intereses de los distintos grupos y los objetivos generales de desarrollo.

"Se considera como variables mínimas de bienestar de la población: 1) educación, 2) salud, 3) alimentación, 4) vivienda y 5) empleo.

*Ortega Blake, DICCIONARIO DE PLANEACION Y PLANIFICACION p. 69 - 70*

La distribución del ingreso fue en 1994 de 1.59% para las familias más pobres (decil I) y de 38.16% para las familias más ricas en 1992 (decil X).

*El Financiero, PARADOJA DEL DESARROLLO ECONOMICO, p. 40, 4 Ene 1997*

En los últimos 20 años, la economía mexicana ha presentado un estancamiento y se ha caracterizado por marcados desequilibrios regionales. La mayor parte de las zonas, algunas relativamente aisladas, presentan índices de desarrollo que reflejan la precaria situación de su economía y se traducen en regiones muy pobres.

Como ejemplo de ello cito las conclusiones del estudio sobre la cobertura de la Secretaría de Salud. "La inequidad de cobertura de la atención médica a la población abierta en México muestra las diferencias que existen en el país, pues las entidades federativas del norte disponen de más recursos financieros y humanos que los del sur y sureste. A pesar de que la polarización económica, política y social del país requiere que se atenúe el impacto negativo generado por las desigualdades en la salud de la población, y cuyos costos médicos recaen sobre las personas que viven en las entidades federativas más pobres, el financiamiento para la salud de la población abierta se asigna principalmente a las entidades de mayor desarrollo económico. En efecto, una gran parte de la población abierta se encuentra en las entidades más pobres donde existe una limitada cobertura de los servicios médicos de la SSA, aún cuando la demanda es más alta, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención médica" (124).

Si bien los modelos económicos actualmente aplicados tienden por la reducción del aparato público, entre ellos la seguridad social, para evitar desequilibrios fiscales, la propuesta de esta investigación, es la de una mayor participación del Estado mexicano en su política social a fin, por lo menos, mantener una atención médica a sus habitantes, recordando que ella junto a la alimentación y la educación conseguirán incrementar el nivel de salud poblacional.

Recordemos que la inversión económica en salud no tiene el mismo sentido que aquella que se aplica a la producción de objetos. La salud es para el hombre la posibilidad de vida y bienestar, desarrollo mental, cultural y social, lo que difícilmente se puede lograr en una economía generadora de grandes desigualdades sociales. No se puede soslayar que el nivel de salud no depende únicamente de las acciones de atención médica y salud pública, sino que es el reflejo del desempeño global de la economía visto a través del empleo, salario, disponibilidad de alimentos, educación, vivienda, protección del ambiente y dotación suficiente de servicios públicos como agua potable y drenaje, entre otros.

Bajo este enfoque, la atención a las demandas de salud de la población por parte del Estado debe cumplir con una doble función; servir como un instrumento de estabilización social, al satisfacer en parte las necesidades de atención médica de las capas más desprotegidas de la sociedad y servir de impulsor del desarrollo económico al crear y sostener órganos de seguridad social que prestan atención médica a la parte de la sociedad que interviene en alguna actividad productiva.

Como antes se mencionó, el Sistema Nacional de Salud\*, está integrado por los servicios públicos y privados hacia la población, los servicios públicos, tema central de ésta tesis,

\* \* De acuerdo con Frenk, los principios en que se basa el acceso al SNS mexicano son tres: el principio de pobreza, a través del cual se ofrecen servicios de salud a indigentes o personas que por problemas económicos no pueden acceder al sector privado o, por no tener empleo formal, no pueden ser atendidos por la seguridad social; el principio corporativo, que rige a aquellos grupos de población que juegan un papel económico o estratégico importante, por lo que se les otorgan servicios de seguridad social y el principio del poder de compra".

*Innovaciones de los sistemas de salud, FUNSALUD, 1994, México p.41*

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

persiguen el acceso universal y equitativo, control de costos y uso racional de los recursos, mediante la estructuración de diversas políticas. Los compromisos contraídos, logros y deficiencias del actual sistema sirven de base para presentar la propuesta de renovar y conformar un *Sistema Público de Salud* como motor y actor del cambio en la dinámica del mundo actual, en que las actitudes del gobierno y el cuidado personal ligen a la salud al destino de la nación, fortaleciéndose la atención médica mediante la unificación de todos los institutos públicos \* para crear el *Instituto de Atención Médica*, todo ello presentado a través de la teoría de sistemas.

Dicha teoría se puede definir "como un conjunto de elementos, propiedades y relaciones que, al integrarse en un todo, presentan propiedades y características que no es posible localizar en forma aislada, en algunos de sus componentes. Todo este complejo de elementos, propiedades, relaciones y resultados se producen en determinadas condiciones de espacio y tienden a la consecuencia de una finalidad específica" (125).

En su libro "ENFOQUE SISTÉMICO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL" el Dr. Antonio Ruzga menciona los elementos se constituyen el sistema:

Todo sistema cuenta con cinco elementos fundamentales: sensor, almacén o memoria, procesador, decisor y efector.

" El sensor analiza y mide los cambios del medio ambiente y los estímulos que de ahí surgen. El almacén o memoria archiva la información que el sistema necesita para su funcionamiento, bajo la forma de registros, normas y programas. El procesador utiliza y ordena la información del almacén para que el decisor con los elementos de juicio necesarios para tomar la mejor decisión. El efector es responsable de llevar a la operación los planes y programas producidos por el decisor " (126).

" Los sistemas establecen una relación con su medio ambiente a través de un intercambio de estímulos y respuestas. El medio ambiente envía estímulos al sistema, el sistema le da recepción y tratamiento a los estímulos y genera respuestas al medio ambiente, que lo afectan de algún modo " (127).

Las características de los sistemas son :

- ✗ sus elementos son numéricamente limitados
- ✗ nexos que unen a sus diferentes elementos
- ✗ siempre existe una determinada organización
- ✗ tanto el sistema, subsistema y elementos que lo integran están en función de un objetivo final

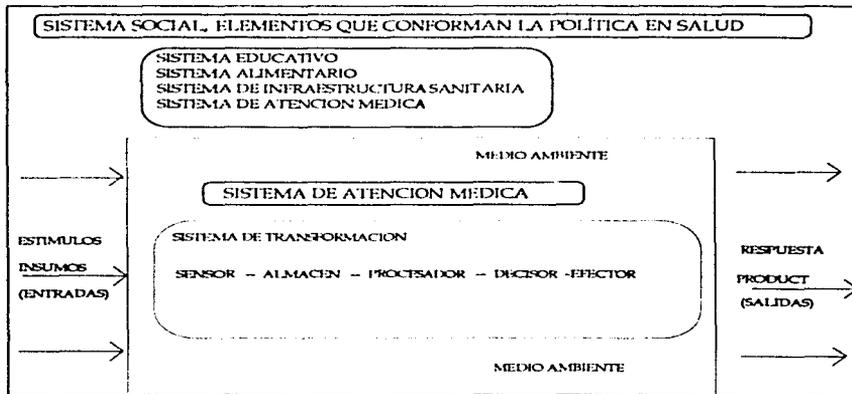
Año	Población Total (Miles)*	Población Derechohabiente	%	Población Abierta
1970	50,595	12,092	24	38,603
1980	66,847	30,243	45	36,604
1990	81,141	48,661	60	32,480

Tomado de *El mercado de los servicios de salud, Rev. Méd. IMSS, VOL.31 NUM.1, 1993*

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- X al hablar de sistemas se refiere a un conjunto de partes divisible sólo al estudio y análisis
- X se desarrolla en un determinado medio interrelacionándose e influyéndose
- X todo sistema es un subsistema mayor implicando la subordinación de un sistema a otro.

Bajo éste enfoque, tanto la política en salud como los lineamientos que se deberán observar en el sistema de atención médica se presentan en el siguiente cuadro.



Los estímulos o entradas que ingresaran al sistema son, entre otras, todas las deficiencias que hemos mencionado a lo largo del trabajo, los cuales a través del sistema de transformación van a dar por respuesta o producto tres políticas generales, dos estrategias de acción y controles:

### Políticas

1. Unificación de los institutos de salud a fin de constituir el *Instituto de Atención Médica*
2. Consolidación de una política nacional de salud
3. Incremento en el gasto público en el rubro de salud

### Estrategias

1. Macro
2. Micro

### Controles

1. De expectativas
2. De gastos

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### Políticas

#### 1. Unificación de los institutos de salud a fin de constituir el *Instituto de Atención Médica*

##### Unificación

Con el fin de evitar la duplicidad de funciones, programas y gasto entre los institutos destinados a la atención médica, se propone la fusión de todos ellos, tanto los dedicados a la prestación de salud hacia población derechohabiente y abierta (IMSS, ISSSTE, SS, SMPEMEX, SMDDF, SNDIF y servicios médicos estatales y municipales). Mediante un análisis orgánico, podemos ver que la existencia de direcciones que realizan funciones similares, aunque sólo al interior del instituto en cuestión. Estas funciones son, entre otras; Oficialía Mayor, Contraloría, Prestaciones Médicas, Conservación y Mantenimiento, Administración, Enseñanza e Investigación Médica y Afiliación, Cobranzas y Prestaciones Sociales (solo en la seguridad social).

Constituyéndose el Instituto de Atención Médica, todas esas funciones se unificarán, (bajo la denominación que se quiera dar: Secretaría, Subsecretaría, Dirección o Subdirección) en una sola, a fin de tener cuatro o cinco como en el modelo actual.

Dicho instituto prestará la atención médica en los tres niveles conocidos y bajo este esquema también se administraran los servicios de asistencia social.

No proponiéndose modificaciones en los servicios de sanidad del ejército, fuerza aérea y marina por constituirse como un grupo social muy peculiar y estar hechos sus servicios de sanidad de acuerdo a sus funciones inherentes.

Respuesta social organizada que conforma el Sistema Nacional de Salud :

POBLACIÓN BENEFICIADA	MILITAR	DERECHOHABIENTE	ABIERTA
INSTITUTO	SS EFA SS MARINA	SMPEMEX IMSS ISSSTE SISTEMAS ESTATALES	SS IMSS- SOLIDARIDAD SNDIF SDDF

##### Organización propuesta para el Sistema Público de Atención Médica

POBLACIÓN BENEFICIADA	INSTITUTO
MILITAR	SSEFA SSMARINA
TODA	INSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

La forma en como comenzará su operación, será en forma sincronizada, comenzando por el estado en donde resida la Coordinación Regional, con el fin de que en un plazo no mayor a un año, después de haberse aprobado el proyecto, la unificación sea una realidad.

**Políticas**

**1. Unificación de los institutos de salud a fin de constituir el *Instituto de Atención Médica***

**Unificación**

Con el fin de evitar la duplicidad de funciones, programas y gasto entre los institutos destinados a la atención médica, se propone la fusión de todos ellos, tanto los dedicados a la prestación de salud hacia población derechohabiente y abierta (IMSS, ISSSTE, SS, SMPMEX, SMDDF, SNDIF y servicios médicos estatales y municipales). Mediante un análisis orgánico, podemos ver que la existencia de direcciones que realizan funciones similares, aunque sólo al interior del instituto en cuestión. Estas funciones son, entre otras; Oficialía Mayor, Contraloría, Prestaciones Médicas, Conservación y Mantenimiento, Administración, Enseñanza e Investigación Médica y Afiliación, Cobranzas y Prestaciones Sociales (solo en la seguridad social).

Constituyéndose el Instituto de Atención Médica, todas esas funciones se unificarán, (bajo la denominación que se quiera dar: Secretaría, Subsecretaría, Dirección o Subdirección) en una sola, a fin de tener cuatro o cinco como en el modelo actual.

Dicho instituto prestará la atención médica en los tres niveles conocidos y bajo este esquema también se administrarán los servicios de asistencia social.

No proponiéndose modificaciones en los servicios de sanidad del ejército, fuerza aérea y marina por constituirse como un grupo social muy peculiar y estar hechos sus servicios de sanidad de acuerdo a sus funciones inherentes.

Respuesta social organizada que conforma el Sistema Nacional de Salud :

POBLACION BENEFICIADA	MILITAR	DERECHOHABIENTE	ABIERTA
INSTITUTO	SS EFA SS MARINA	SM PEMEX IMSS ISSSTE SISTEMAS ESTATALES	SS IMSS- SOLIDARIDAD SNDIF SDDF

**Organización propuesta para el Sistema Público de Atención Médica**

POBLACION BENEFICIADA	INSTITUTO
MILITAR	SSEFA SSMARINA
TODA	INSTITUTO DE ATENCION MEDICA

La forma en como comenzará su operación, será en forma sincronizada, comenzando por el estado en donde reside la Coordinación Regional, con el fin de que en un plazo no mayor a un año, después de haberse aprobado el proyecto, la unificación sea una realidad.

Actualmente la mayor diferencia entre los esquemas de afiliación son las relaciones labores (población que pertenece a una economía "formal") y las prestaciones sociales que bajo el amparo de la seguridad social se perciben.

En el nuevo esquema todos los habitantes gozan de atención médica integral, independientemente de su pertenencia a la economía formal o informal, sin embargo, las personas pertenecientes a la primera, deberán seguir cotizando para el seguro social a fin de recibir el beneficio de las prestaciones que él otorga.

Con este esquema el acceso a los servicios médicos privados no se verá afectado, pues ellos atienden principalmente a las capas sociales con las posibilidades económicas de costear su atención privadamente y el núcleo que con la reforma se pretende integrar es el de más bajos ingresos.

### **Regionalización**

De acuerdo a las diversas características tanto demográficas, sociales y epidemiológicas que tiene el país, consideré como lo más viables una regionalización del país en tres zonas; norte, centro y sur. Estas bajo el nombre de Coordinaciones Regionales, permitirán, consolidar el proceso de descentralización a fin de poder tomar decisiones óptimas de acuerdo con las demandas locales.



Las Coordinaciones Regionales, tendrán, en materia de atención médica, funciones de diagnóstico, elaboración de planes y proyectos, aplicación y evaluación de ellos, administración y distribución de sus recursos humanos y financieros, es decir, la autonomía para tomar sus propias decisiones de acuerdo a sus necesidades sin alejarse de los lineamientos de la política federal. Dichas coordinaciones se ubicarán físicamente en los estados o ciudades, que contando con la tecnología en comunicaciones adecuada, se ubiquen en el punto intermedio de la región a fin de facilitar la fluidez de solicitudes y respuestas. Pese a esta descentralización estarán supeditadas a la Secretaría de Salud, la cual tendrá carácter de auditor y será la que consolide la política nacional de salud no pudiendo intervenir en las decisiones regionales en políticas de atención médica.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

*Norte.* Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas. Con Coordinación Regional ubicada en Torreón, Coahuila.

*Centro.* Distrito Federal, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Veracruz Norte. Con Coordinación Regional ubicada en Toluca Estado de México y / o Morelia Michoacán.

*Sur.* Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz Sur, Yucatán. Con Coordinación Regional ubicada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y / o Villahermosa, Tabasco.

### **2. Consolidación de una política nacional de salud**

Las necesidades de salud del total de la población son ilimitadas y es evidente que no se pueden satisfacer completamente con los recursos existentes, es por esto que deben ser distribuidos con equidad y eficiencia. La equidad se refiere a proporcionar los servicios en función a las necesidades, de tal forma que conduzcan a la atención médica prioritaria de los grupos más vulnerables de la población. La eficiencia es la obtención del máximo beneficio al mínimo costo o al mayor nivel de producción con una determinada cantidad de insumos.

#### **Coordinaciones**

Mediante la unificación de las políticas de atención médica, educación y alimentación se conformará la política de salud nacional.

- ✕ planeación de los servicios de atención médica según las necesidades reales de la población (organismo de cobertura universal con comunicación activa con la población)
- ✕ conformación de un modelo de atención a la salud de cobertura universal en el que la población participe activamente, los servicios no personales de salud tengan la más alta prioridad seguidos por los servicios personales de 1er nivel y, por último, por el resto de los niveles de atención, los servicios de salud estén regionalizados y cuente con un sistema de referencia de pacientes
- ✕ la formación de recursos humanos para la salud adecuada al mercado de atención

#### **Problemas a solucionar**

- ✕ La falta de desarrollo de innovaciones tecnológicas en México, la baja inversión en actividades de investigación y desarrollo en la industria privada y el alto nivel de dependencia externa en materia de insumos para la salud.
- ✕ modernizar el sistema de información e incorporación en él el dimensionamiento y monitoreo del sector privado y social

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- ✕ promover la investigación y el desarrollo tecnológico en salud y agilizar la incorporación de las innovaciones a la práctica médica, al sector educativo y al sector privado
- ✕ analizar desde la perspectiva del sector salud, la política de impuestos y subsidios para mejorar el acceso, la calidad, cantidad y tipo de servicios ofrecidos a los sectores más necesitados
- ✕ cambio estructural de la Secretaría de Salud, a fin de facultarla en la dirección de la política en salud y descentralizar sus servicios de atención médica a las coordinaciones regionales
- ✕ crear una industria nacional de insumos para la salud (aparatos, equipo, instrumental, material curativo, implantes y prótesis, medicamentos, sustancias, reactivos y mobiliario médico)
- ✕ estimular el cambio en las prioridades de atención para así pasar de lo curativo a lo preventivo y a la promoción de la salud.\*
- ✕ coordinación entre industriales nacionales (capital) y las universidades públicas y privadas (creación de proyectos) para crear una industria de materiales e insumos para la atención médica nacional. A fin de vender sus productos al SNS.

### Privatizaciones

Mucho se ha hablado y propuesto para que los institutos dejen en manos de la iniciativa privada diferentes actividades que van desde las complementarias hasta la atención médica. Es innegable la necesidad de ahorro de recursos mediante la reducción del gasto corriente y que mejor que eliminar los compromisos laborales mediante la contratación privada. El IMSS en su libro VISION DEL CAMBIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL 1988-1994. Presenta como el gasto en servicios personales en el IMSS en 1994 representó 45.90% de su presupuesto. De una plantilla de 341,684 personas 166223 estaban relacionadas directamente con la atención médica (médicos, paramédicos) y 175461 distribuidos de la siguiente manera; administrativos (77,393), transportes (2,437), guarderías (7,385), Centros de seguridad social y vacacionales (2820), servicios básicos (45,385), sustitutos (40,041). Con un presupuesto de 40,880 millones de pesos, los gastos de servicios de personal ascienden a 19,113 m.p. Estimo que de ellos un 60% (11467,8) se destina a servicios médicos y 40% (7645,2) a servicios personales, por ser más barato el pago de mano de obra al personal administrativo. Cuanto costará contratar los servicios no médicos para todo el IMSS? en las áreas susceptibles de privatización como son, en la parte de la atención médica: transportes, servicios básicos, administrativos, lavanderías, farmacias, dietología, guarderías y vigilancia entre otras. En la parte de los servicios sociales los centros de seguridad social, unidades deportivas, centros vacacionales, culturales y artesanales, teatros y auditorios. Como ejemplo tome al IMSS, pero cada

---

\* Reconocer que muchos padecimientos son susceptibles de prevención y control, según se demostró en 1990, al darse a conocer las acciones más importantes de la atención a los niños, en relación al costo-efectividad, en países desarrollados, y que se refieren a Inmunizaciones a niños menores de cinco años y embarazadas, atención prenatal, atención natal, complementos de vitamina "A", mejoría de la higiene para la prevención de la diarrea, tratamiento de las infecciones agudas en vías respiratorias. Estas acciones como se sabe son atendidas en los primeros niveles de atención y no requieren de la participación de personal muy especializado.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

instituto al interior refleja una realidad diferente, al igual que los niveles directivos se repiten al interior de cada instituto, las áreas no médicas tienen una dimensión importante en el sistema de salud. Por ello, mi propuesta de privatización va enfocada a los servicios de dietología, intendencia, vigilancia, conservación, lavandería.

A fin de evitar brotes descontrolados de protestas, por los despidos masivos, será necesario estudiar el impacto en el personal que será desplazado y ver la posibilidad de reintegrarlo a las necesidades del nuevo sistema y/o que puedan organizarse para prestar sus servicios de manera privada.

### **Ahorro de recursos**

Producto de una análisis detallado y realista se pueden reducir costos de operación, mediante el adecuado aprovechamiento de los recursos materiales, humanos y financieros. En la administración pública se ha fomentado una cultura del desperdicio y hurto que es esencial terminar, los medios por los cuales se consigan justificaran el fin pretendido.

"son variados los estudios y estrategias que se han realizado en el análisis y planeación de los servicios de salud para impedir la elevación de costos, que es muy difícil agotar en corto tiempo tan importante tema. Sólo se consideran algunos factores que de acuerdo a los expertos intervienen en el control y regulación de los servicios de salud y de sus costos, que se conjuntan en dos grandes grupos: los factores que son productos de la práctica médica y los que tienen un componente administrativo.

Los ahorros que se pueden proponer en la práctica médica se refieren a:

"La tendencia creciente y muchas veces exagerada a la especialización médica, en particular por las subespecializaciones.

"El desecho de procedimientos ya probados por modas terapéuticas y diagnósticos, que a veces no tienen un gran beneficio para el paciente y en cambio incrementan en forma notable los costos.

"La nueva tecnología que con alguna frecuencia no va acompañada de la suficiente capacitación para su adecuada aplicación.

"La realización de un alto número de procedimientos diagnósticos sin causa justificada o por rutina.

"Los tratamientos muy especializados que con frecuencia son paliativos y sólo alargan la vida, sin una adecuada calidad.

"En algunas ocasiones, la tecnología se importa en forma indiscriminada y sin tomar en cuenta: a) la disponibilidad de los recursos locales; b) el total del personal para el manejo de los equipos; c) los espacios físicos y su adaptación; d) la disponibilidad de reposición de

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

refacciones; f) el análisis de experiencias previas basadas en estudios de investigación " (128).

**3. Incremento en el gasto público en el rublo de salud**

**Sistemas de precios**

El aumento del costo de los servicios de salud ha seguido la misma evolución que los productos industriales y ha sido paralelo al desarrollo de la medicina curativa y la tecnología médica. En los últimos diez años, las consultas externas, los servicios de hospitalización y los servicios auxiliares de diagnóstico en el Sector Salud de nuestro país aumentaron a 50, 30 y 70%, respectivamente. Esto se explica por el crecimiento de habitantes y por el aumento en la demanda de servicios, ya que un alto porcentaje de la población ha incrementado la solicitud de servicios médicos que proporciona el Estado.

El financiamiento de los servicios de salud y su implicación con impuestos y subsidios, comprende dos aspectos sustantivos: cómo obtener el dinero para el presupuesto y cómo invertirlo óptimamente en las actividades relacionadas con la protección a la salud.

De acuerdo con al Diario Oficial de la Federación de el 23 de Diciembre de 1994, el Presupuesto de Egresos de la Federación al área de salud es:

00012	Salud	\$ 18,421,780,800
00020	Desarrollo Social	\$ 6,527,125,800
Más una reasignación de		\$ 7,905,597,100
ISSSTE		\$ 19,339,045,400
IMSS		\$ 66,617,235,400
Aportaciones al ramo 00019 aportaciones a la Seguridad Social		\$ 36,795,582,600
Subsidios, transferencias y las cuotas al Seg.Soc incluidas en el gasto del Gobierno Federal		\$ 43,862,900,000

El 28 de Enero al Programa de Salud 1997 se le asigna el siguiente presupuesto:

Descripción	Presupuesto Global (millones de pesos)		Incremento real %
	1996	1997	
1000 Serv.pers.	5,420.0	9,300.4	43.7
2000 Mat y Sumi	1,489.8	2,175.1	22.3
3000 Serv. Grales	1,245.9	1,541.2	3.6
5000 Bienes Muebl	231.5	285.9	3.4
6000 Obra Pub	506.7	762.1	26.0
<b>Total</b>	<b>8,893.9</b>	<b>14,064.7</b>	<b>32.4</b>

El Universal, 28 de Enero de 1997.

Sobre el tema FUNSALUD, en los anexos de "LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS" describe algunas irregularidades presupuestales, tales como; falta de criterios para clasificar, duplicación y confidencialidad de el destino del gasto, falta de información y mal clasificada, un sistema de registro de gasto limitado y en parte registrada manualmente, cifras contadictorias entre los anuales estadísticos de la SS y los diferentes institutos.

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

Como un pequeño ejemplo podemos ver el total del presupuesto asignado al rublo 00012 contra el total de gasto programado en el Programa de Salud para 1997. Entonces, es por ello lógico, que dicho Programa estime que el S. N. S. sólo estará en posibilidades de atender a solo 90 millones de mexicanos este año.

### **Financiamiento**

Recordemos la importancia económica de las cuotas obreros patronales a fin de no desechar esta forma para allegarse recursos, sin embargo, al extenderse la prestación de servicios se requerirá aumentar los ingresos y si los recursos financieros gubernamentales son limitados y la tasa impositiva no puede ser elevada, se necesitará una ampliación de la base contribuyente, esto es, la integración de la economía informal al pago de atención médica, (que es una parte importante de la sociedad que demanda servicios) la cual no se propone integrarla al esquema de seguro social, pero si se procurará pague en parte su atención, a fin de que al llegar al pleno empleo e integrarse en la economía formal se adhiera al esquema de seguro social.

Dentro de la administración pública existen muchos secretos a voces de como se lucra con recursos monetarios, si bien no todos pueden ser ciertos, si podría investigarse cada uno de ellos a fin de evitar desviaciones y poder reencausarse a los rublos del gasto destinado, y en caso de superávit, destinarse a la atención médica.

- ✕ Una política fiscal más agresiva con los grandes evasores fiscales,
- ✕ evitar la condonación de deudas como lo hace el seguro social,
- ✕ sustitución de bonos de compensación millonarios a funcionarios de alto nivel (el caso del regente por 1 millón 200 mil pesos - Jornada 17 Nov. 1996 - ) a fin de encausarse a la atención médica
- ✕ disponer de los recursos incautados del narcotráfico para invertirse en insumos
- ✕ consolidar la red de tiendas departamentales del ISSSTE e IMSS, dar un impulso de gran cadena nacional, con el fin de brindar un doble beneficio; bajos precios en sus productos y una fuente de recursos monetarios
- ✕ Los superávit en las finanzas públicas reinvertirse en el gasto al sector fiscal para el siguiente ejercicio (19 mil 644 mp) El financiero 22 Nov. 1996

### **Contratos laborales**

La variación entre sueldos y salarios, al igual que los derechos sindicales, constituirán un punto conflictivo, pues ninguna de las partes deseará perder lo ganado y pugnará por obtener los mejores beneficios. Por ello, mediante la línea dura del Estado se unificarán en un punto medio, esto es, la propuesta estatal deberá partir de un análisis en el cual se

estudie el costo que salarios y prestaciones contractuales tengan en los costos de operación, a fin de que exista un equilibrio entre gasto corriente y gasto de inversión.

### Corrupción\*

Desde la "renovación moral" en el sexenio de De la Madrid, hasta las cruzadas de Salinas y Zedillo, hay numerosos ejemplos en los sectores agrícola, alimenticio, de vivienda, seguridad social y educación, de la gran corrupción a que da lugar el mal llamado gasto social. Recordemos los fraudes detectados en la CONASUPO, el IMSS y la UNAM (129). Por ello es necesario evitar el peculado a que son objetos las instituciones de atención médica y contar con un sistema de control financiero férreo con el fin de ahorrar valiosos recursos.

Se ha "reiterado en otras ocasiones que es necesario que se destinen mayores presupuestos a la Secretaría de Salud, ya que la cobertura teórica que tiene para atender a la población es muy grande, pero mientras no se demuestre que los recursos realmente se destinan a la atención de los problemas de salud, consideramos que deben tener la capacidad para implementar acciones concretas en casos coyunturales" (130).

### Estrategias

#### *Estrategias macro del cambio estructural*

- ✕ Priorizando las necesidades más urgentes a fin de poderles dar pronta atención, con una política de distribución equitativa de los recursos (infraestructura, financieros y humanos) donde haya habitantes e independientemente de la riqueza de la población siendo honestos con la realidad, sin maquillajes, que vive el país en las cuestiones sociales.
- ✕ La sectorización concebida en tres subsistemas se modifica a uno solo, pues ya no se distingue la atención médica a población abierta o derechohabiente, a menos de ser necesario el diferenciar la sanidad militar y naval bajo un subsistema.

---

\* "se refirió a la distracción de los dineros destinados a la salud para fines ajenos, particularmente a servir a políticos e inclusive a financiar campañas políticas del partido oficial, lo que redundaba en corrupción y en una burocracia perversa en sus fines" Cuahitémoc Cárdenas en la UNAM, EL FINANCIERO, 8 Dic. 1993

"Según las investigaciones policíacas de México y Estados Unidos, Raúl Salinas 'abrió con diversos nombres las cuentas bancarias para lavar dinero de narcotráfico y de los robos cometidos en su paso por CONASUPO y la Secretaría de Desarrollo Social' ... "acumular grandes fortunas ilícitas, para lo cual utilizaba a funcionarios de altos niveles en diversas paraestatales como CONASUPO, Petróleos Mexicanos, y el Programa Nacional de Solidaridad, entre otros".

*Raúl Salinas, lavador del cártel del Golfo, EL FINANCIERO, 25 Nov. 1995 p. 14*

"Durante una ceremonia realizada ... de reconocimiento al personal de enfermería de las instituciones del sector salud ... dijo con mayor énfasis, los actos de corrupción e ilegalidad de unos cuantos que proyectaron equivocadamente una imagen que no corresponde a todo un pueblo comprometido con la rectitud y la superación".

*Severidad contra quienes delinquen desde el poder: Zedillo, EL FINANCIERO, 25 Nov. 1995 p. 14*

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- X Terminar con la descentralización bajo el esquema de tres regiones, en las cuales se den las acciones de coordinaciones secretariales y participación ciudadana.
- X Suponiendo el termino de la modernización administrativa dar un enfoque de gerencia pública a la Secretaría de Salud, eliminando su filosofía burocrática. \*

### *Estrategias micro del cambio*

Englobándolas en tres rublos, tenemos que:

#### Recursos humanos

- X homologación salarial en todo el sistema
- X reducción del gasto corriente

#### Recursos financieros

- X uso racional de los recursos
- X evitar desde el robo hormiga hasta el peculado

#### lineamientos

- X mayor impulso a la investigación mediante la participación de las universidades
- X buscar el punto óptimo con la medicina tradicional,
- X motivar la creación de la industria médica nacional, evitando lo mayor posible, la dependencia extranjera.

### **controles**

#### *expectativas y gastos*

- X promover la responsabilidad de cada individuo de cuidar su salud y no dejar su depósito en las instituciones, a fin lograr un incremento en la prevención de riesgos, con el consecuente impacto en el decremento de los daños y la posibilidad de hacer frente a las grandes demandas sociales
- X propiciar la creación de sistemas de garantía de calidad de la atención a la salud y de educación continua del personal de salud
- X Se sacrifica el tiempo de los usuarios debido al exceso de trámites que tienen que realizar para recibir la atención médica.
- X la baja productividad en el trabajo, situación que alcanza cifras tan alarmantes como dos horas efectivas en una jornada de ocho.

---

\* Eliminar la cultura del menor esfuerzo en todos los niveles, pues solo son círculos viciosos que operan como candados y obstáculos para el fin del sector :  
"por que me pagan poco, hago poco y como hago poco, pues poco me pagan"  
"lo atiendo aquí pero no hay insumos mejor le atiendo en mi consultorio particular, y como lo atiendo en mi consultorio particular, me conviene que no haya insumos"

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- X La cultura del desperdicio que incluye desde la pérdida del tiempo, hasta la subutilización del mobiliario, equipo y espacios físicos
- X Controlar el debate entre la libre empresa y la prestación estatal
- X Análisis del costo beneficio de las inversiones
- X Criterios mejor estructurados en la elaboración de clasificación económica del gasto en la atención en la salud, sea por clasificación programática o por objeto de gasto, pero con un sólo criterio para el instituto.
- X En las notas sobre presupuesto del Boletín de Información Estadística # 14, se encuentran algunas anomalías en la manifestación del gasto, ejemplo de ello; PEMEX no desagrega su información por programas y subprogramas. La MILICIA y los SERVICIOS ESTATALES no aportan datos del gasto en salud. El DIF desagrega sus programas en el apartado de población derechohabiente, afectando el gasto per capita.

Mediante el proceso administrativo consolidar.

Planeación

consolidar la política pública en salud

Organización

mediante la reforma al S. N. S. y constituir el *Instituto de Atención Médica*

Integración

mediante; políticas, estrategias y controles

Dirección

tres regiones nacionales descentralizadas y dirigidos por la secretaría de Salud

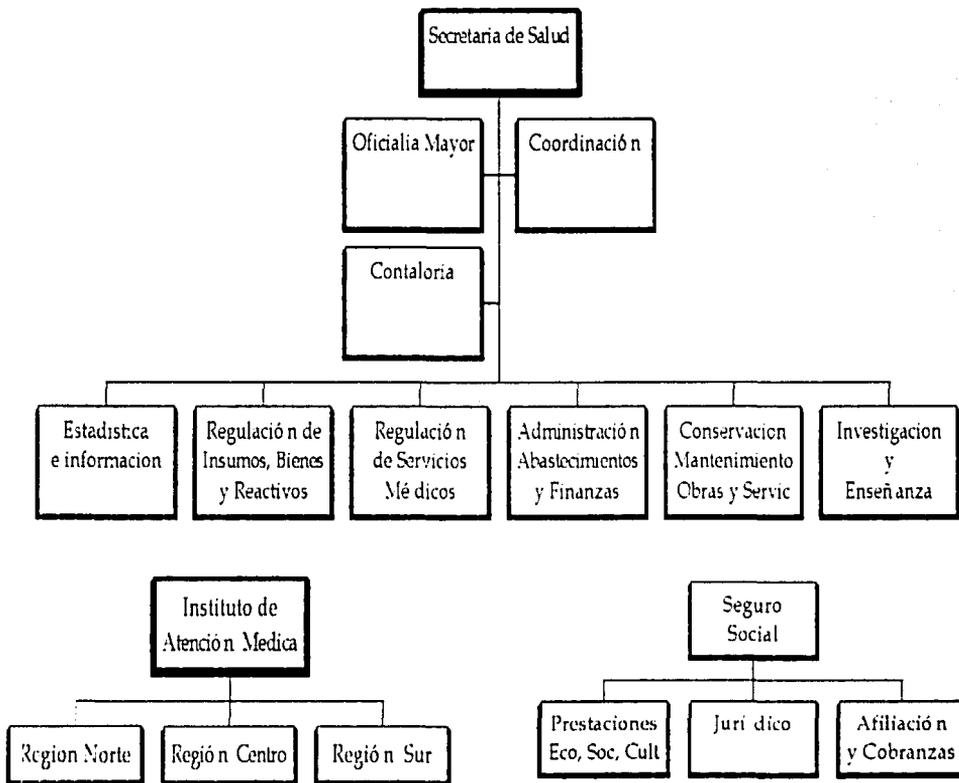
Control

mediante planes estatales supervisados por la coordinación regional, supeditada a la política nacional de salud.

Tal vez el conjunto de estas acciones permitan un acceso más equitativo a los servicios de atención médica. Primero, a esos 10 millones de mexicanos que aún no cuentan con ella y segundo que se mantenga la convicción de obtener el completo bienestar físico, mental y social como consecuencia de la ausencia de la enfermedad, aunado a una infraestructura en la cual basarse, que incluya educación, empleo, nivel de ingresos, factores culturales, vivienda, transporte y comunicaciones.

# ORGANIGRAMA PROPUESTO EN BASE A LA UNIFICACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE Y LA POBLACION NO DERECHOHABIENTE

## REFORMA PROPUESTA A LA SECRETARIA DE SALUD CREACION DEL INSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA



✓ *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. Cfr. Rojas Soriano, Raúl *CAPITALISMO Y ENFERMEDAD* Ed. Folios, 1982. México p. 26
2. Varios *HISTORIA DE LA MEDICINA* Doyma España 1980 p.41
3. Cfr *Ibid* p. 192
4. Chavez, Ignacio *MÉXICO EN LA CULTURA MÉDICA* FCE México 1980 p. 48
5. ENEP Iztacala. *MEDICINA SOCIAL* p 123
6. López, Daniel. *LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO* Ed Siglo XXI México D.F. 1984 p.95
7. *Ibid*. p. 96
8. Terris, Milton. *LOS TRES SISTEMAS MUNDIALES DE ATENCIÓN MÉDICA* La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social S XXI 1980
9. Romer, M. *L' ORGANISATION DES SOINS MÉDICAUX DANS LE CADRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALES* Citado en López Acuña. *LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO* S XXI MÉXICO 1980
10. López, D *LA CRISIS DE LA MEDICINA MEXICANA* Salud Pública de México 1976 (18)
11. Oliva López et al *MODELOS SOCIO MEDICOS EN SALUD PUBLICA* Salud Pública de México 1994; 36: 374 - 384
12. López, D. *LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO* Ed Siglo XXI México D.F. 1984 p.100
13. Directivo Médico. *LA RESPONSABILIDAD GUBERNAMENTAL EN LA SALUD* 1994; 1: 3 1994 p.31
14. Cibotti, Ricardo *EL SECTOR PUBLICO EN LA PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO* Ed. Siglo XXI, 1980. México
15. Ruiz Massieu J. F. *EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO* Salud Pública en México 1985 (27) 1; 3
16. Cordera, Rolando (coordinador), *LA DESIGUALDAD EN MÉXICO* Ed. S. XXI, México, D.F. 1984 p.9
17. *Ibid*. p.32
18. López, Daniel. *LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO* Ed Siglo XXI México D.F. 1984 p.96
19. Cfr. Ciencia médica. *TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA EN MÉXICO* México D.F. 1994 (1) 1; p. 10
20. Subdirección General Médica. *ANUARIO EPIDEMIOLOGICO DEL I.M.S.S. 1985 - 1990* p. 17
21. Cfr. *Gaceta Médica de México* LA CONTAMINACIÓN ATMOSFERICA. 1991 (127) p. 211
22. Cordera, Rolando. *MÉXICO: LA DISPUTA POR LA NACIÓN* Ed. S. XXI México D.F. 1981 p.88
23. *Ibid*. Rojas, Raúl p. 117
24. *Ibid*. Rojas, Raúl p. 120
25. Gonzalez, Eleuterio *DIAGNOSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO* Trillas. México D.F. 1985 p. 45
26. *Ibid*. Rojas, Raúl p. 129
27. *Ibid*. Gonzalez, Eleuterio. p. 46
28. *Ibid*. Rojas, Raúl p. 128
29. *Ibid*. p. 131
30. *Ibid*. Gonzalez, Eleuterio p. 69
31. Op. Cit. Ruiz, J. Francisco p. 3
32. Vega, Ricardo. *BASES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO* La prensa médica mexicana. México D.F. 1989 p. 8
33. *Ibid*. p. 16
34. Subdirección General Médica *INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD* México D.F. p. 10
35. *Ibid*. p. 11
36. Cfr. Easton David *EL SISTEMA POLITICO* 1953 p. 11 - 13
37. Lasswell, Harold en *LA ORIENTACIÓN HACIA LAS POLÍTICAS EN EL ESTUDIO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS*. Luis Aguilar (COMPILADOR) PORRUA 1992 p. 81
38. Musgrove Philip *SALUD PARA EL DESARROLLO O DESARROLLO PARA LA SALUD EN DIRECTIVO MEDICO VOL. 2 # 5* 1995. Sobre el mismo tema podemos ver otras aportaciones en la revista de Salud Pública de México 1978 20 # 6 p. 679 y 1985 27 # 1 p. 3.
39. Valderrábano, Pablito *VINCULACION ENTRE LA POLITICA FISCAL Y LA POLITICA MONETARIA EN CUADERNOS DE POSGRADO # 8* p. 17 ENEP Acatlán Edo Mex. 1994
40. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) *NECESIDADES ESENCIALES EN MEXICO, SALUD*. México 1982 p. 114
41. *ibid*. p. 216
42. López Acuña, Daniel *LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO* Ed. Siglo XXI, 1984. México p.217
43. Op Cit Coplamar p. 120
44. Op Cit López p. 222

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

45. Cfr. SALUD PUBLICA DE MEXICO vol. 20. No. 6 p. 683 - 698
46. Op Cit. Coplamar p. 233
47. Op Cit. López p. 70
48. Kumate, Jesús. Soberón Guillermo SALUD PARA TODOS. ¿ UTOPIA O REALIDAD ? El Colegio Nacional, 1989. México p. 18
49. De La Madrid, Miguel. SALUD, PENSAMIENTO POLITICO (1982-1987) Porrúa, México 1988 p.12-13
50. Soberón, Guillermo LA PROTECCION DE LA SALUD EN MEXICO, PORRUA 1988, Vol. 2, p. 29
51. Cfr. Poder Ejecutivo Federal, PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989 - 1994 p. 104
52. Cfr. Salinas de Gortari, Carlos Quinto Informe de Gobierno 1993 p. 60
53. Cfr. Salinas de Gortari, Carlos Cuarto Informe de Gobierno 1992 p. 36
54. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). ESTUDIOS ECONÓMICOS DE LA OCDE " MÉXICO " 1992. Francia p 16
55. Macro Asesoría económica S. C. LA REALIDAD ECONOMICA DE MÉXICO EN EL SIGLO XX. México 1993 p. xvi
56. Ibid. p. xvii
57. Ibid. p. xix
58. Ibid. p. xxi
59. Op Cit. OCDE p. 29
60. Op Cit. Kumate p. 8
61. Ibid. p. 13
62. Organización Panamericana de la Salud MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. REFORMA SECTORIAL EN SALUD Sep. 1995 Washington D. C. (folleto)
63. Roemer, Milton. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD México s. XXi 1980 p. 110
64. Soberon, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL, OTRAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL T. III Vol. 4 MEXICO 1988 Biblioteca de la salud SS, FCE, INSP, CM. p. 82
65. MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD NAVAL (propuesta) Julio 1992
66. Soberon, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL p. 84
67. Ibid. p. 85
68. Ibid. p. 86
69. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD. p. 2
70. Soberon, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL p.61
71. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD.
72. Secretaría de la Defensa Nacional. EL SERVICIO DE SANIDAD. 1888 - 1994 p. 7
73. Ibid. p. 8
74. Secretaría de la Defensa Nacional. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, p. 11
75. Ibid. p. 9
76. Ibid. p. 11
77. Op. Cit. Soberón. p. 134
78. Conferencia Interamericana de Seguridad Social LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO p. 29
79. Roemer, Milton. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD México s. XXi 1980 p. 110
80. Programa de Regionalización de Servicios Médicos ISSSTE (folleto)
81. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO, p. 91 y Cfr p.97
82. ISSSTE Subdirección General Médica, Subdirección de Medicina familiar, Preventiva y Programas para la Salud, SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES SEGUN LOS NIVELES DE ATENCION marzo 1996 (material mimeografiado).
83. Soberon, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL p. 110
84. Ibid p. 112
85. Ibid p. 119
86. Ibid p. 125

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

87. Salud Pública de México. SERVICIOS DE SALUD EN PEMEX, 1993, Vol. 35 # 6.
88. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO. México. p. 38. También Instituto Mexicano del Seguro Social. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 1943 - 1983 40 AÑOS DE HISTORIA, México 1983.
89. Ibid. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. p. 59
90. Kumate, Jesús. EL IMSS Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Rev Med IMSS 1992 P. 96
91. Soberón, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL, P 12
92. Ibid. p. 25
93. ibid. p. 28
94. ibid. p. 30
95. ibid. p. 32
96. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, EL DIF HOY (folleto) p. 4
97. Ibid. p. 11
98. Salud Pública de México. EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1993, Vol. 35, No 5, p. 438
99. GUÍA PRÁCTICA DE SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD SECRETARÍA DE SALUD OFICIALÍA MAYOR
100. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 31 DIC. 1992 P. 10
101. Cfr. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD Salud Pública Mex 1992; 34: 644-652.
102. Cfr. LEY ORGÁNICA DEL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1994 SENADO DE LA REPÚBLICA p. 42 - 44
103. Ibid. cfr. Art. 47
104. Ibid. Art 54
105. Ibid. Art 56
106. EL FINANCIERO 13 Agosto 1996 p. 56 RESURGE LA PARADOJA DE LA DEUDA EXTERNA
107. CFR. PERDIDAS 2 MILLONES 240 MIL PLAZAS LABORALES EN 6 MESES
108. EL FINANCIERO 21 JUNIO DE 1996 P. 5
109. CFR. Economía en crisis colapso económico El financiero 4 ago 96
110. INFORME ESPECIAL, SEGURIDAD PÚBLICA, POBREZA Y MARGINACIÓN El financiero, 25 DE AGOSTO DE 1996, p. 62
111. PERDIDAS 2 MILLONES 240 MIL PLAZAS LABORALES EN 6 MESES EL FINANCIERO 21 JUNIO DE 1996 P. 5
112. Fundación Mexicana para la Salud, ECONOMÍA Y SALUD. Informe Final. Funsalud, 1994. México p. 95
113. Ibid. p. 205
114. Organización Panamericana de la Salud MÉXICO. SECRETARÍA DE SALUD. REFORMA SECTORIAL EN SALUD Sep. 1995 Washington D. C. (folleto)
115. Fundación Mexicana para la salud. SALUD, LA SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LOS DESAFÍOS NACIONALES, Funsalud, 1995, México p. 57
116. Ibid. p.. 81
117. Cfr. Poder Ejecutivo Federal. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995 - 2000 p. 94
118. Ibid. p. 61
119. El Diario Oficial del 11 de marzo de 1996 "PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995 - 2000, p. 3
120. Ibid. P. 5
121. Ibid. p.19 - 20
122. Ibid. p.21
123. Miranda, Raúl, INEQUIDAD DE LOS SERVICIOS A POBLACION ABIERTA EN MÉXICO, Salud Pública de México p. 583
124. Ruezga, Antonio, ENFOQUE SISTEMICO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA, Conferencia Interamericana de Seguridad Social México 1993 p. 7
125. ibid p. 29
126. ibid p. 19
127. Caytán, Arturo, Rev. Méd. IMSS, VOL.31 NUM.1, 1993, EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
128. Cfr. DÉFICIT EN EL 97 POR EL GASTO SOCIAL 4 Nov 96, EL FINANCIERO p. 62
129. El financiero, INEFICIENCIA EN EL SECTOR SALUD DE MÉXICO; EL DENGUE, LO PONE AL DESCUBIERTO, 29 Oct 1996 p. 42

A

N

E

X

O

S

PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD, EN NUESTRO PAÍS, LOS INDICADORES UTILIZADOS SON:

1) Indicadores demográficos

Los indicadores demográficos son importantes porque se encuentran estrechamente vinculados con las necesidades de salud y la respuesta otorgada a estas necesidades. p 28 - 29

2) Indicadores socioeconómicos.

Expresan características de factores condicionantes que tienen gran influencia en los niveles de salud de la población.

- a) Educativos
- b) Laborales
- c) Económicos
- d) Vivienda
- e) Alimentación
- f) Desarrollo humano p 30 - 37

3) Indicadores de necesidad de salud

Integrados en tres rubros:

- a) Salud Pública que tienen que ver con el bienestar y el equilibrio en salud, la satisfacción y calidad de vida.
- b) Riesgos a la Salud, en donde se incluyen los de tabaquismo, alcoholismo, drogas, etc.
- c) Daños a la Salud, en donde se incluyen cuatro categorías; las de mortalidad, morbilidad, discapacidad e indicadores compuestos de mortalidad y discapacidad. p. 37 - 51

4) Indicadores de respuesta a las necesidades de salud

Estos indicadores son todos aquellos que se refieren a los esfuerzos desarrollados para solucionar las necesidades de población en materia de servicios de salud y atención médica, se clasifican en tres grandes rubros:

- 1) Políticas de salud
- 2) Recursos disponibles
  - a) Recursos financieros
  - b) Recursos de personal
  - c) Recursos físicos
- 3) Recursos prestados
  - a) Salud pública
  - b) Salud reproductiva
  - c) Salud materno-infantil
  - d) Salud en el trabajo
  - e) Atención Médica
  - f) Educación Médica
  - g) Investigación Médica
  - h) Indicadores de desempeño. p. 51 - 68

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### TIPOLOGÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS SATISFACTORIOS ESENCIALES

<i>Formas de acceso</i>	<i>Necesidades</i>	<i>salud</i>
<i>Autoproducción</i>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Remedios caseros y automedicación (grupos marginados)</li><li>- Medicina tradicional comunitaria (grupos indígenas)</li><li>- Medicación legal (todas las clases)</li></ul>
	<i>No subsidiados</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medicina privada, medicinas paralelas y medicina tradicional no comunitaria (grupos marginados y clases altas)</li><li>- Productos terapéuticos y artículos para la higiene</li><li>- Seguros médicos privados</li></ul>
<i>Mercantil</i>	<i>Subsidiados o sin propósito de lucro</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sociedades privadas de beneficencia</li><li>- Tiendas del sector público y sindicales (productos terapéuticos y para la higiene)</li></ul>
<i>Transferencias</i>		<p>Por derecho social :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Asistencia y solidaridad social (grupos marginados)</li><li>- Servicios de salud pública (toda la población)</li></ul> <p>Por derecho de los asalariados</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Servicios de salud de la seguridad social</li></ul> <p>Por contrato colectivo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Servicios de salud a cargo de la empresa</li></ul>
<b>DERECHOS A LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES ESENCIALES</b>		
<i>Tipos de derechos</i>		
		<i>Salud</i>
<i>Derecho contractual o sindical</i>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Servicios de salud pagados por la empresa</li></ul>
<i>Derecho de clase</i>		<p>Campeños :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Derecho a la tierra</li></ul> <p>Asalariados</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ingreso mínimo legal</li><li>- Servicios de salud de la seguridad social</li></ul>
	<i>De carácter general</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Derecho al trabajo</li><li>- Derecho de los menores a la preservación de la salud física y mental</li></ul>
<i>Derecho social</i>		
	<i>Específico</i>	<p>Art. 4º Const, vigencia parcial a través de la asistencia y solidaridad social y algunas medidas de salud pública.</p>

**López Acuña, Daniel, LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO, p.38**

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

PRESUPUESTOS EJERCIDOS DE 1900 A 1951.

AÑO	PRESIDENTE	PORCENTAJE PROYECTADO	PESOS	PORCENTAJE EJERCIDO	PESOS
1900	Díaz	.4	.1	.4	.1
1910-11	Díaz	2.2	.8	2.0	.7
1911-12	Madero	2.1	.8	2.1	.7
1912-13	Madero/Huerta	1.9	.7	2.0	.8
1913-14	Huerta	1.7	—	—	—
1914-15	Huerta	1.7	—	—	—
1917	Carranza	1.5	—	.6	—
1918	Carranza	1.0	.3	.8	.1
1919	Carranza	1.0	.4	.9	.1
1920	Carranza/Dela Huerta	1.0	.4	1.0	.3
1921	Obregón	1.0	.5	1.1	.5
1922	Obregón	1.0	1.0	1.3	.7
1923	Obregón	1.1	.9	1.2	.6
1924	Obregón	.9	.6	1.2	.8
1925	Calles	1.2	.8	1.6	1.1
1926	Calles	1.7	1.1	2.0	1.4
1927	Calles	2.6	1.8	2.3	1.6
1928	Calles	2.6	1.7	2.4	1.6
1929	Portes Gil	2.5	1.6	2.9	1.8
1939	Portes Gil/Ortiz Rubio	3.0	1.9	3.1	1.9
1940	Ortiz Rubio	2.9	2.1	3.2	1.7
1932	Ortiz Rubio	3.0	1.7	2.9	1.6
1933	Rodríguez	3.0	1.6	2.6	1.5
1934	Rodríguez	3.1	1.7	2.7	1.6
1935	Cárdenas	3.8	2.3	3.5	2.3
1936	Cárdenas	4.5	2.6	3.6	3.0
1937	Cárdenas	4.5	2.6	3.3	2.7
1938	Cárdenas	4.6	3.1	6.1	4.9
1939	Cárdenas	7.9	5.4	5.8	5.2
1940	Cárdenas	8.2	5.5	6.4	5.8
1941	Ávila Camacho	8.3	5.6	6.5	6.1
1942	Ávila Camacho	8.8	5.9	6.4	6.5
1943	Ávila Camacho	7.8	5.5	5.8	6.2
1944	Ávila Camacho	5.3	4.4	4.7	5.2
1945	Ávila Camacho	6.5	4.4	4.9	5.2
1946	Ávila Camacho	4.8	3.2	3.4	3.4
1947	Alemán	6.3	5.6	4.9	5.6
1948	Alemán	5.0	5.6	4.1	5.5
1949	Alemán	4.9	5.6	3.3	5.5
1950	Alemán	4.7	5.0	3.8	5.1
1951	Alemán	4.5	4.5	3.1	4.7

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

ESTADISTICAS INSTITUCIONALES E INFLACIONARIAS.

✓ **SERVICIOS MÉDICOS PARA LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE**

SERVICIOS DE SALUD DE LA ARMADA DE MÉXICO ( SECRETARIA DE MARINA )  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SERVICIOS MÉDICOS DE PETRÓLEOS MEXICANOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

✓ **SERVICIOS MÉDICOS PARA LA POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE**

SERVICIOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL  
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
SECRETARIA DE SALUD  
PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

**NOTAS DE LA INFORMACIÓN DE POBLACIÓN**

**POBLACIÓN LEGAL DERECHOHABIENTE.**

Población conformada por asegurados y pensionados así como sus beneficiarios, con derecho a prestaciones, en especie o dinero que establece la ley, las instituciones que cuentan con estas son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM e ISSSTE estatal.

**POBLACIÓN POTENCIAL**

Parte de la población a la cual puede brindarse atención médica, de acuerdo a la infraestructura disponible; representa la capacidad de oferta de servicios.  
La cobertura potencial de la Secretaría de Salud, se calculo con base en el número de consultorios que, por tipo de unidad para atención primaria, tiene cada entidad federativa, de acuerdo con la siguiente relación: Centros de Salud Urbanos 3,000 habitantes por consultorio; Centros de Salud para Población Rural Concentrada, 2,500 habitantes; Centros de Salud para población Rural Dispersa, 2,000 y Unidades Auxiliares de Salud 1,000. Las instituciones que cuentan con esta son: SSA, IMSS - SOLIDARIDAD, DDF y unidades dependientes del gobierno estatal y/o municipal.

**POBLACIÓN USUARIA**

Equivale a la población abierta o derechohabiente que hace uso de los servicios institucionales de salud por lo menos una vez durante el año de referencia. En el caso del IMSS - SOLIDARIDAD se toma la población legal como usuaria por no contar con esta última.

**POBLACIÓN TOTAL**

Tomada de la proyección de la población de México y de las entidades federativas, 1990 - 1995 del Centro de Estudios de Población y Salud. SSA.

**COBERTURA LEGAL**

Es la relación que existe entre la población legal que jurídicamente la compete atender a una institución y la población total de un área geográfica determinada. Generalmente se expresa en porcentaje.

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

**CAMAS CENSABLES**

Es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para uso regular de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica. Es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso al hospital.

**CAMA NO CENSABLE**

Denominada también cama de tránsito, es aquella que se destina a servicios auxiliares de hospitalización, generalmente para pacientes de corta estancia y que no es controlada por el servicio de admisión de la unidad, este tipo de camas se localiza principalmente en las áreas de cuidados intensivos, trabajo de parto, recuperación y urgencias. Incluye las cuas de recién nacido sano.

**PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMAS E INSTITUCIONES 1987 - 1994**  
(CIFRAS EN MILLONES)

Año	Tipo de Institución	Total	Atención Preventiva	Atención Curativa	Prestaciones Sociales	Otros Programas
1987	Total	4,069,809.0	184,226.0	2,330,593.0	90,237.0	1,464,753.0
	Pop. Abierta	869,318.0	112,045.0	355,219.0	10,452.0	331,602.0
	Pop. Derecho	3,200,491.0	70,787.0	1,971,882.0	2,229.0	1,215,593.0
1988	Total	7,718,881.0	360,248.0	5,003,814.0	296,839.0	2,057,980.0
	Pop. Abierta	1,727,034.0	112,775.0	845,441.0	15,400.0	753,418.0
	Pop. Derecho	5,798,856.0	242,831.0	4,148,553.0	166,993.0	1,240,479.0
1989	Total	9,543,830.4	501,991.0	6,703,079.3	147,816.0	2,187,944.1
	Pop. Abierta	2,142,546.3	212,644.1	1,056,181.9	147,816.0	725,904.3
	Pop. Derecho	7,187,993.1	284,500.9	5,629,950.4		1,273,541.8
1990	Total	15,591,994.4	762,863.0	9,587,962.4	702,839.4	4,538,329.6
	Pop. Abierta	2,970,273.2	326,041.8	1,460,111.6	32,816.4	1,151,303.4
	Pop. Derecho	12,212,876.2	436,821.2	8,127,850.8	366,936.0	3,281,268.2
1991	Total	23,174,789.8	1,054,428.2	13,547,069.8	1,273,927.3	6,611,622.5
	Pop. Abierta	4,325,074.8	469,332.2	2,042,900.8	37,775.3	1,775,066.5
	Pop. Derecho	18,244,532.0	585,096.0	11,504,169.0	864,674.0	4,652,851.0
1992	Total *	28,903.7	1,359.8	16,998.4	1,547.3	8,189.5
	Pop. Abierta	5,461.3	392.7	2,595.4	41.3	2,232.0
	Pop. Derecho	22,780.3	767.1	14,403.0	1,073.8	5,727.7
1993	Total	32,654.9	2,070.4	19,806.2	1,550.7	8,471.6
	Pop. Abierta	6,503.7	492.3	3,126.6	51.4	2,633.4
	Pop. Derecho	25,342.4	1,378.1	16,679.6	986.4	5,542.8
1994	Total	38,419.2	2,416.4	22,702.0	1,899.3	2,551.7
	Pop. Abierta	7,699.1	868.7	3,639.6	54.1	793.2
	Pop. Derecho	29,826.5	1,547.7	19,062.4	1,261.5	1,669.5

\* A partir de 1992 el presupuesto se considera en nuevos pesos

Sistema Nacional de Salud, RECURSOS Y SERVICIOS, Boletín de Información Estadística 1994 # 14.

**NOTAS A LA INFORMACIÓN DE PRESUPUESTO**

" El presupuesto del Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia hasta 1989 se incluyó en población abierta. A partir de 1990 se incluye solo en el total y desagregado por programas y subprogramas.

"El presupuesto en salud de PEMEX está incluido en población derechohabiente y reflejado en el total a partir de 1990. La información de PEMEX no se puede desagregar conforme a los programas y subprogramas presupuestarios de la apertura programática al igual que otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

" Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas no aportan datos para la integración del gasto público en salud "

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y EN EL GASTO PROGRAMADO DEL SECTOR PÚBLICO \*

Año	Presupuesto en Salud en relación al P.I.B.	Presupuesto en salud en relación al gasto programable del Sector Público (%)
1980	3.4	13.2
1981	3.4	14.8
1982	3.6	13.5
1983	2.8	12.6
1984	2.5	11.4
1985	2.5	12.4
1986	2.5	13.8
1987	2.3	13.3
1988	2.2	14.6
1989	2.5	17.2
1990	2.7	18.4
1991	3.7	15.6
1992	3.5	16.2
1993	3.4	15.8

\* Porcentajes calculados sobre precios de 1980.

Sistema Nacional de Salud, RECURSOS Y SERVICIOS, Boletín de Información Estadística 1994 # 14. P. 26

Como es conocido la inflación afecta la actividad económica, impacta el bienestar colectivo, y genera injusticia social al perjudicar más a los más necesitados. Incluso, la alta inflación puede resquebrajar la estabilidad política e impactar la paz social poniendo en riesgo la viabilidad misma de una nación. En México, en un entorno altamente inflacionario ante perspectivas de su aceleración, se instrumentó al Pacto de Estabilidad y Crecimiento Económico concebido como un programa de estabilización heterodoxa, basado en la concertación de precios, en la estricta disciplina presupuestal para sanear las finanzas públicas y en una conveniente sincronización de las variables económicas.

AÑO	INFLACION	DEFICIT SEC. PUB	PIB VAR. ANUAL	T. DESEM. ABIER
1981	26.68	- 14.1	- 8.9	4.7
1982	98.87	- 16.9	- 0.63	4.6
1983	80.77	- 8.6	- 4.20	8.3
1984	59.17	- 8.5	3.61	5.7
1985	63.74	- 10.5	2.59	4.4
1986	105.75	- 16.0	- 3.75	4.3
1987	159.17	- 16.1	1.86	3.9
1988	51.66	- 12.3	1.25	3.6
1989	19.70	- 5.5	3.35	3.0
1990	29.93	- 3.5	4.44	2.8
1991	18.79	2.0	3.63	2.6
1992	11.94	1.6	2.80	2.8
1993	8.06	1.0	0.44	3.5
1994	7.01			
1995	51.09			
1996	27.02			
1997	15.00			

INGRESO Y BIENESTAR, Carlos Jarque, p.463

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL						
INSTITUTO	PORCENTAJE	POBLACION LEGAL	POBLACION USUARIA	PRESUPUESTO (MIL. MIL. PESOS)	UNIDADES MEDICAS	RECURSOS HUMANOS
IMSS-SOLIDARI	24.3 %	10,319,182	10,319,182	1,081,541.0	3,493	16,086
D D F	8.2 %	3,464,000	2,632,667	460,429.0	143	11,012
SSA	67.5 %	28,631,500	15,777,369	6,157,103.1	7,508	130,475
ESTATAL					103	21,418
INI					105	252
TOTAL	100 %	42,414,682	28,729,218	7,699,073.1	11,352	179,243
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL						
ISSSTE	19.0 %	9,101,524	6,574,754	3,990,869.2	1,192	57,217
IMSS	26.4 %	36,553,822	24,044,169	24,879,295.0	1,747	202,841
OTRAS	4.6 %			956,172.4		
PEMEX		695,565	557,015		153	10,974
S D N		316,587	316,587		277	9,778
S M		223,005	167,059		131	2,553
ESTATAL		972,167	692,077		95	7,023
DIF				893,541.0		
TOTAL	100 %	47,849,734	32,351,661	29,826,536.6	3,595	290,386
GRAN TOTAL		90,264,416	61,080,879	38,419,150.7	14,947	469,629

Sistema Nacional de Salud, RECURSOS Y SERVICIOS, Boletín de Información Estadística 1994 # 14.

Crecimiento poblacional

Fecundidad, para el 2000 habrá más de 2.5 millones de nacimientos considerándose actualmente que sólo 55 % es atendido por personal calificado, se puede concluir que para 2000 habrá que duplicar el número de camas obstétricas, y darse sobre todo en hospitales.

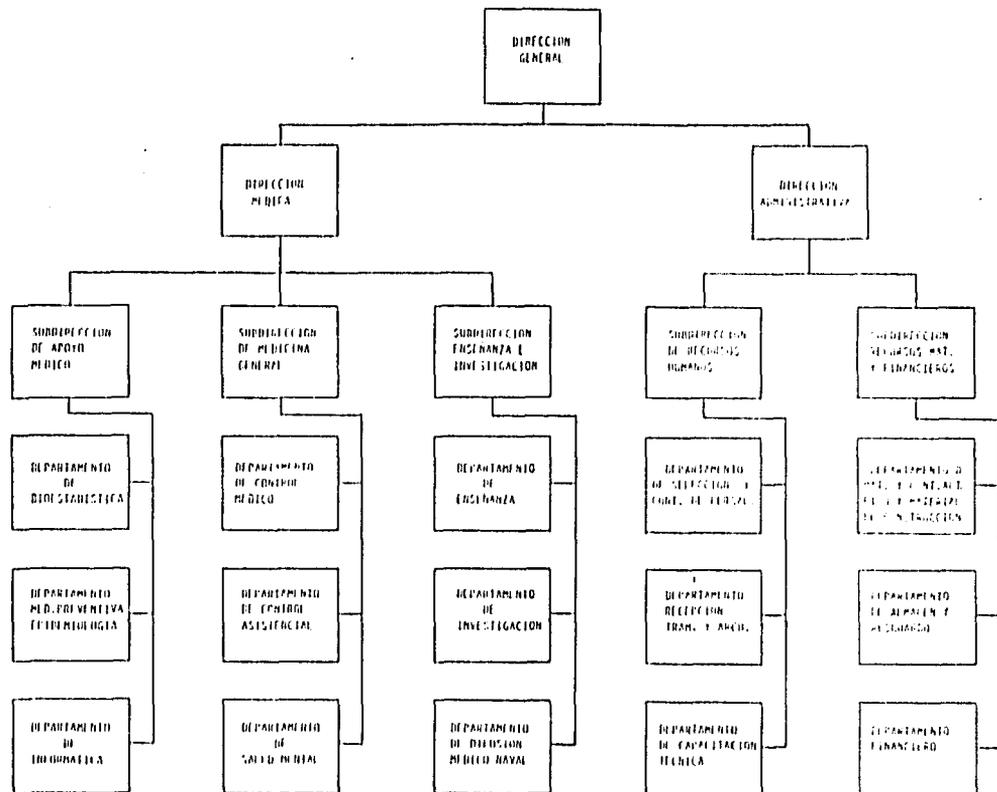
Indicadores	1980	1990	2000	2010
Población (miles)	69 655	81 141	103 996	123 158
Crecimiento anual de la población (década anterior)	3.1	2.1	1.9	1.7
Grupos de edad (porcentaje)				
0 - 15	44	36	31	29
15 - 64	53	60	64	65
65 +	3	4	5	6
Muertes	462	472	535	665
Nacimientos (miles)	2 010	2 262	2 520	2 745

Tomado de EL PAPEL DEL SECTOR PRIVADO MEXICANO EN LA PRESTACION Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD en INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL p. 38<sup>+</sup>

<sup>+</sup> Para finales de 1996 habrá 93 millones de mexicanos, según lo expuesto por el INEGI en un artículo en el periódico EL FINANCIERO del 22 de Noviembre de 1996.

Siendo las entidades más pobladas el Estado de México, 11.7; Distrito Federal, 8.5; Veracruz, 6.7; Jalisco, 6.0; Puebla, 4.6; y Guanajuato 4.4 millones de habitantes.

ARMADA DE MEXICO  
 JEFATURA DE OPERACIONES NAVALES  
 COORDINACION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
 DIRECCION GENERAL DE SANIDAD NAVAL





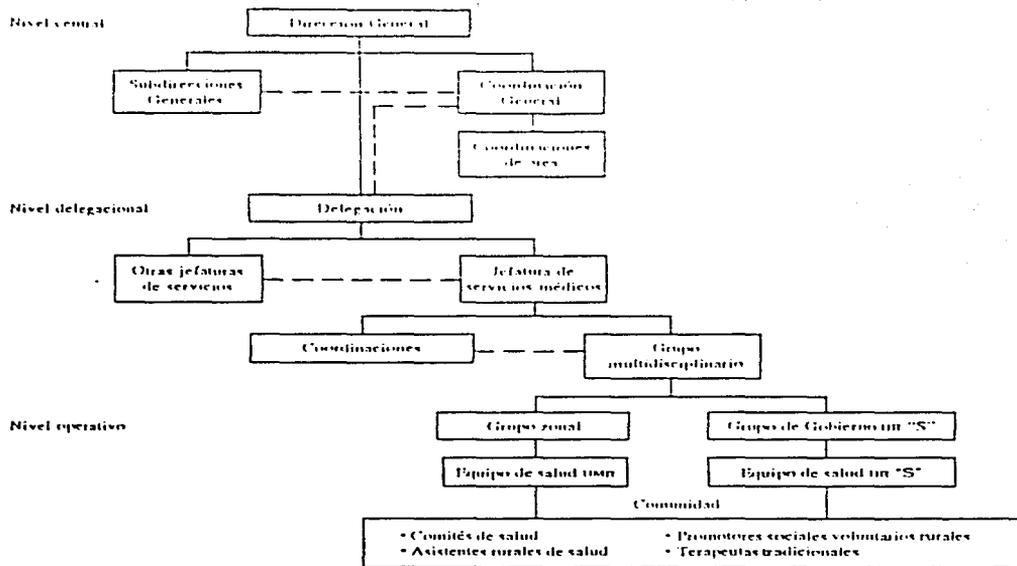




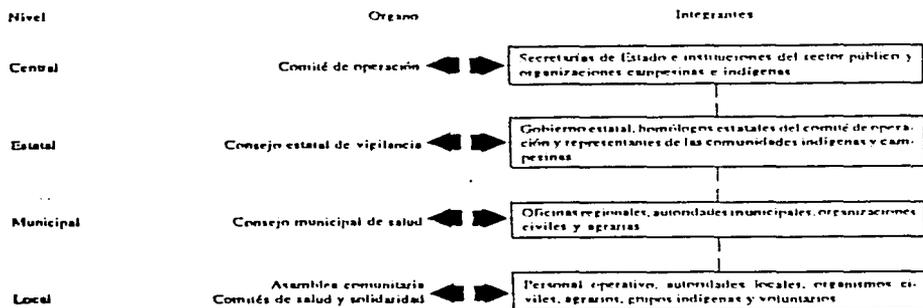








**FIGURA 1.** Programa IMSS-Solidaridad. Organización por niveles



**FIGURA 2.** Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad con otras instituciones y la comunidad

## *FUENTES DE LOS ORGANIGRAMAS*

### **Servicios médicos para la milicia**

*Servicios de Sanidad Naval Armada de México*

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD NAVAL  
(propuesta) Julio 1992

*Servicios de Sanidad del Ejército y la Fuerza Aérea Mexicana*

Secretaría de la Defensa Nacional, MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA  
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, p. 11

### **Servicios médicos a la población asegurada**

*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*

Organigrama proporcionado en el Departamento de Comunicación Social.

*Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos*

*Instituto Mexicano del Seguro Social*

PARTE DE TI. Organo de comunicación para los trabajadores del IMSS Febrero 1995 (folleto)

### **Servicios médicos para la población abierta**

*Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal*

Organigrama proporcionado por la Subdirección de Enseñanza Medica y Paramédica.

*Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*

Organigrama proporcionado por el Departamento de Sistemas

*Secretaría de Salud*

Organigrama proporcionado por el Centro de Documentación de la Sria. de Salud.

*Programa I.M.S.S. - Solidaridad*

Tomado de ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL  
PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD Salud Pública Mex 1992; 34: 644-652.

**BI**

**BLIO**

**GRA**

**FIA**

## √ BIBLIOGRAFÍA

- i. Aguilar, Luis. LA ORIENTACIÓN HACIA LAS POLÍTICAS EN EL ESTUDIO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. PORRUA. 1992 MEXICO
- ii. Chavez, Ignacio. MÉXICO EN LA CULTURA MÉDICA. FCE. 1980. MÉXICO
- iii. Cibotti, Ricardo. EL SECTOR PUBLICO EN LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO. S.XXI. 1985. MEXICO
- iv. Cordera, Rolando. MÉXICO: LA DISPUTA POR LA NACIÓN. S.XXI. 1981. MÉXICO
- v. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) NECESIDADES ESENCIALES EN MEXICO, SALUD. 1982. MÉXICO
- vi. Cordera, Rolando (coordinador), LA DESIGUALDAD EN MÉXICO. S.XXI 1984 México.
- vii. De La Madrid, Miguel. SALUD, PENSAMIENTO POLITICO (1982-1987) PORRUA. 1988. MÉXICO
- viii. Fundación Mexicana para la Salud. INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL. PANAMERICANA. 1995. MEXICO
- ix. Fundación Mexicana para la Salud. SALUD, LA SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LOS DESAFIOS NACIONALES. FUNSALUD. 1995 MEXICO
- x. Fundación Mexicana para la Salud, ECONOMÍA Y SALUD., INFORME FINAL. FUNSALUD. 1994. MÉXICO
- xi. García, Margarita. LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA POBLACIÓN MARGINADA EN MÉXICO. UNAM. 1989. MÉXICO
- xii. Gonzalez, Eleuterio DIAGNOSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO. TRILLAS. 1985. MÉXICO
- xiii. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ANUARIO ESTADISTICO 1993
- xiv. Instituto Mexicano del Seguro Social. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LAS ZONAS MARGINADAS RURALES DE MEXICO 1986 - 1991. IMSS. 1992. MEXICO
- xv. Instituto Mexicano del Seguro Social. VISION DEL CAMBIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL 1988 - 1994. IMSS. 1994. MEXICO
- xvi. Instituto Mexicano del Seguro Social, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 1943 - 1983, 40 AÑOS DE HISTORIA. 1983 MEXICO.
- xvii. Instituto Mexicano del Seguro Social. ATLAS EPIDEMIOLOGICO DEL IMSS 1985 - 1990. IMSS. 1991. MEXICO
- xviii. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD. MÉXICO
- xix. Kumate, Jesús. Soberón, Guillermo. SALUD PARA TODOS. ¿UTOPÍA O REALIDAD?. EL COLEGIO NACIONAL. 1989. MÉXICO.
- xx. Katz, Jorge et al. LA SALUD EN AMERICA LATINA. FCE. 1983. MEXICO
- xxi. López, Daniel. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. S.XXI. 1979. MÉXICO
- xxii. López, Daniel LA SALUD DESIGUAL EN MÉXICO S. XXI. 1984. MÉXICO
- xxiii. Loyola, Rafael (compilador). ENTRE LA GUERRA Y LA ESTABILIDAD. CNCA. 1986. MEXICO
- xxiv. Macro Asesoría Económica S. C. LA REALIDAD ECONÓMICA DE MÉXICO EN EL SIGLO XX. 1993. MÉXICO

ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

- xxi. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). ESTUDIOS ECONÓMICOS DE LA OCDE " MÉXICO " 1992. FRANCIA
- xxii. Organización Mundial de la Salud. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. LIMUSA. 1990. MEXICO
- xxiii. Poder Ejecutivo Federal. INFORMES DE GOBIERNO DE CARLOS SALINAS DE GORTARI. 1988 - 1994. MEXICO
- xxiiii. Poder Ejecutivo Federal. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989 - 1994
- xxv. Rojas, Raúl. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. FOLIOS. 1982. MEXICO
- xxvi. Ruezga, Antonio, ENFOQUE SISTEMICO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA, CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. MÉXICO 1993 MEXICO
- xxvii. Roemer, Milton. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD. S.XXI. 1980 MEXICO
- xxviii. Secretaría de Marina. MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD NAVAL. (propuesta) 1992
- xxix. Secretaría de la Defensa Nacional. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD. 1994
- xxx. Secretaría de Salud. HISTORIA DE LA SALUD, RESEÑA HISTORICA 1982 - 1988. S. S. 1988. MEXICO
- xxxi. Secretaría de Salud. CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL SECTOR SALUD. S. 1987. MEXICO
- xxxii. Senado de la República. LEY ORGÁNICA DEL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1994.
- xxxiii. Soberón, Guillermo et al. LA SALUD EN MEXICO TESTIMONIOS 1988. DESARROLLO INSTITUCIONAL, OTRAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL. BIBLIOTECA DE LA SALUD SS, FCE, INSP, CM. 1985. MEXICO
- xxxiiii. Soberón, Guillermo. LA PROTECCION DE LA SALUD EN MEXICO, PORRUA 1988. MEXICO
- xxxv. Varios. HISTORIA DE LA MEDICINA. DOYMA 1980 MEXICO
- xl. Vega, Ricardo. BASES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO LA PRENSA MÉDICA MEXICANA. 1989. MÉXICO.

OTROS

- i. Navarro, Vicente. EL SUBDESARROLLO DE LA SALUD O LA SALUD DEL SUBDESARROLLO: UN ANALISIS DE LA DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN AMERICA LATINA
- ii. Lustig, Nora. EL EFECTO SOCIAL DEL AJUSTE
- iii. Ruiz, Sacristan. LA RESTRUCTURACION DEL SISTEMA BURACRATICO
- iv. Kumate, Jesus. LA EVOLUCION DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- v. El Diario Oficial del 11 de marzo de 1996 "PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995 - 2000, p. 3
- vi. Peabody, John. HEALTH SYSTEM REFORM IN THE REPUBLIC OF CHINA. JAMA MARCH 1995 (273) 10 777 - 781

## ADMINISTRACION DE UN SISTEMA PUBLICO DE ATENCION MEDICA

### *FOLLETOS*

- i. GUIA PRACTICA DE SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD (SS)
- ii. MODELO MODERNO DE ATENCION A LA SALUD (IMSS)
- iii. PARTE DE TI (IMSS)
- iv. Programa de Regionalización de Servicios Médicos ISSSTE
- v. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, EL DIF HOY
- vi. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección General Médica, Subdirección de Medicina familiar, Preventiva y Programas para la Salud, SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES SEGUN LOS NIVELES DE ATENCION marzo 1996 (material mimeografiado).
- vii. Organización Panamericana de la Salud MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. REFORMA SECTORIAL EN SALUD Sep. 1995 Washington D. C. (folleto)

### *HEMEROGRAFIA*

- i. CIENCIA MEDICA
- ii. CUADERNOS DE POSGRADO. ENEP ACATLÁN
- iii. CUESTION SOCIAL
- iv. DIRECTIVO MEDICO
- v. EPOCA
- vi. GACETA MEDICA DE MEXICO
- vii. GACETA UNAM
- viii. REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNAM
- ix. REVISTA MEDICA DEL IMSS
- x. SALUD PUBLICA EN MÉXICO
- xi. SEGURIDAD SOCIAL

### *PERIODICOS*

- i. FINANCIERO
- ii. JORNADA
- iii. UNIVERSAL

"Cuando se copia a un autor se le llama plagio; si se copia a muchos , es investigación ".

Mizner.