

01167

4
2ej

UNA PROPUESTA AL PROCESO DE PLANEACION EN EL SECTOR SALUD

ANA ERENDIRA DE PAZ FRAGOSO

TESIS

Presentada a la División de Estudios de
Posgrado de la

FACULTAD DE INGENIERIA

de la

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
como requisito para obtener
el grado de

MAESTRO EN INGENIERIA
(PLANEACION)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA AGOSTO DE 1990.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION

	Pag.
I. LA PLANEACION Y SUS ENFOQUES	5
I.1 Definición de Planeación.	5
I.2 Tipos de planificación.	7
I.3 Enfoques de la Planificación Indicativa.	11
I.4 Sistema Nacional de Planeación Democrática.	15
I.5 Características Metodológicas del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.	18
I.6 Análisis Metodológico del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.	20
I.7 Conclusiones.	22
II. LA SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD.	27
II.1 Algunos planteamientos sobre el concepto de Salud.	27

II.2	Los Servicios de Salud.	34
II.3	Breve Análisis de la Proble- mática en Salud.	39
III.	LA PLANEACION EN SALUD Y SUS ANTECEDEN- TES.	58
III.1	Antecedentes.	58
III.2	Modelos de Atención a la Salud.	70
III.3	Hacia una crítica del Modelo de Planeación en Salud.	80
III.4	A modo de conclusión.	85
IV.	PROPUESTA AL PROCESO DE PLANEACION EN EL SECTOR SALUD.	88
IV.1	Marco Teórico General.	88
IV.2	Esquema del proceso de planea- ción propuesto.	94
IV.2.1	Estructura de los Subsist- emas.	96
IV.3	Definición del Sistema Propue- sto.	99

IV.3.1	Funciones y características del estado ideal o normativo.	100
IV.3.2	Criterios o Atributos de los elementos del Sistema.	103
IV.3.3	Elementos o Componentes del Sistema Propuesto.	104
IV.3.4	Estructura del Sistema Propuesto.	116
IV.4	Suprasistema del Sistema propuesto.	117
IV.5	En Resumen.	118
	CONCLUSIONES Y REFLEXIONES.	122
	ANEXO ESTADISTICO.	124
	BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

La planeación en el Sector Público, siempre ha presentado limitaciones tanto teóricas como políticas, sin embargo, en la actualidad se manifiesta cierta "voluntad política", para llevar a cabo realmente una planeación del desarrollo económico y social del país, como respuesta a la situación crítica que existe a nivel mundial, y sobre todo en los países subdesarrollados.

Si bien, ésta respuesta se ha avocado a la planeación del quehacer gubernamental, en todo su contexto, el presente trabajo está dirigido específicamente al Sector Salud, puesto que pese a lo mucho que han progresado las ciencias y las técnicas sanitarias, el estado de salud de la mayoría de los habitantes del país sigue siendo malo, lo que estorba el desarrollo humano en general, la capacidad de cada individuo de sacar provecho de todas sus posibilidades de vida productiva, y el derecho humano de vivir y morir con dignidad.

Las condiciones de salud de la población de México se han deteriorado, como resultado de la reducción del nivel de

vida de la mayor parte de la población y del retroceso de los servicios públicos de salud, como se podrá observar en el tercer capítulo de la tesis, sin embargo, cabe hacer mención que no fué posible realizar el análisis con cifras más actualizadas ya que las fuentes de información presentan otra desagregación, que impide hacer el estudio durante el periodo seleccionado. A esto ha contribuido no sólo la crisis, por la que atraviesa el desarrollo capitalista del país, sino también la política económica y social del gobierno mexicano.

El propósito principal de este trabajo es proporcionar algunos elementos metodológicos y conceptuales que permitan la creación de un Sistema de Planeación, dentro del Sistema Nacional de Salud, que contribuya a dar un uso más eficiente de los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud.

Es por ello que, consideramos que el presente trabajo de alguna manera tiene validez y actualidad, puesto que, si bien se ha desarrollado un modelo de planeación con base a las reformas legislativas, este no se ha implementado e instrumentado adecuadamente en todos y cada uno de los sectores que componen el Sector Público.

En el 1er. capítulo, se establece el marco teórico y metodológico que da cuerpo a la conceptualización de la planeación y sus diferentes aplicaciones en la organización del desarrollo económico, político y social de una nación.

Así mismo, se presenta el modelo de planeación adoptado en México, denominado "Sistema Nacional de Planeación Democrática", como una interpretación al proceso de planeación, desde un punto de vista crítico, respecto a la metodología aplicada, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo, como en el Programa Nacional de Salud, por ser éstos, el marco general en el que se ve inscrito el desarrollo de éste trabajo.

En el 2o. capítulo, se proporcionan algunos elementos conceptuales en los cuales se ha basado el desarrollo de los servicios de atención a la salud, con un breve análisis de la situación que éstos presentan, con respecto al desarrollo económico y social del país, y que nos permiten establecer la necesidad de adoptar nuevos mecanismos o instrumentos para la organización de los servicios de salud en México.

El 3er. capítulo, presenta la respuesta del Estado Mexicano, a la problemática en salud, así como los modelos de atención

adoptados en el transcurso de su historia, para establecer un análisis crítico del actual modelo de planeación, en cuanto a su conceptualización y su inserción en el modelo de desarrollo del país, para avocarnos en el último capítulo a resolver algunas de las incongruencias detectadas dentro de este proceso.

En el 4o. y último capítulo, se desarrolla el modelo de un Sistema de Planeación dentro del Sistema Nacional de Salud, planteando una redefinición de funciones dentro del Sector Salud, así como una redefinición de su estructura organizacional, que permita la implantación del sistema propuesto.

El modelo que se presenta no es definitivamente un modelo terminado, puesto que sería necesario desarrollarlo hasta llegar a la implantación de un programa operativo en cada una de las instituciones que componen el Sector Salud, además de diseñar políticas y estrategias afines a las redefinición funcional propuesta, así como también a la reorganización interna del Sistema Nacional de Salud actual, en el cual se manejan algunos elementos de entrada que corresponden a otro sector y que son manejados en forma independiente al concepto de salud adoptado dentro del mismo.

I. LA PLANEACION Y SUS ENFOQUES

En este primer capítulo se establece el marco bajo el cual se manejará el concepto de planeación, y en cuya base se apoyará el modelo de planeación propuesto, su importancia y relación con el desarrollo económico y social de un país, los diferentes tipos de planeación que existen, para determinar el marco que rige, o bien, que ha regido en México en esta materia. Posteriormente, se presenta el actual modelo de planeación del país, así como, su interpretación en el ámbito del Sector Salud, motivo de esta tesis, bajo un análisis metodológico, y en el tercer capítulo se analiza el desarrollo de la planeación específicamente en el ámbito de la Salud o Servicios de Salud, que proporciona el Estado, respecto al impacto o concepción de la planeación misma, para resolver la problemática de salud en México.

I.1 Definición de Planeación.

La planificación es un sistema para la toma de decisiones que coordina las actividades de los diferentes componentes de la sociedad, ya sea como grupo o como clase, hacia la consecución de un fin común, sobre la base de un conocimien-

to general y objetivo de los hechos, considerando los distintos intereses de la sociedad.

Por lo tanto, se puede decir que la planificación es un instrumento de racionalidad, que se encuentra condicionada por las relaciones económicas, políticas, sociales y administrativas enmarcadas en el desarrollo de una formación social.

Partiendo de esta definición es conveniente resaltar que existen dos especies de acciones racionales: la racionalidad objetiva y la racionalidad metodológica. La primera se manifiesta cuando se seleccionan los medios de acuerdo a la situación verdadera; la segunda, es decir, la racionalidad metodológica, representa que la acción es racional desde el punto de vista de los conocimientos poseídos por el sujeto que actúa.

Solamente la racionalidad metodológica constituye una propiedad de la acción como modo de comportamiento; mientras que, la racionalidad objetiva, se refiere a la adecuación del conocimiento en el que se basa dicha actividad.

El principio de la racionalidad económica ha surgido ligado a la actividad económica del hombre. De aquí proviene su nombre. Sin embargo, su aplicación no se limita únicamente a la actividad económica, se aplica a otras esferas de la actividad humana, sobre todo en la técnica.

La planificación de la economía responde al principio de racionalidad económica a escala social que exige que los fines a los que aspiran las diversas empresas estén subordinadas a un fin que abarque la totalidad del proceso social de producción y distribución, es decir, exige la coordinación de las actividades de las diversas empresas y la integración de sus fines en un fin común, que dirija el conjunto de la actividad económica de la sociedad.

I.2 Tipos de Planificación.

Elementos de la planificación de la economía, surgen en muchos países en vías de desarrollo, especialmente en los países de orientación socialista. La utilización de métodos de planificación en la dirección de la economía se considera en éstos países condición indispensable para superar el

atraso y lograr la auténtica independencia económica. En algunos países capitalistas se adaptaron muchos de los elementos de la planificación a sus sistemas económicos, debido fundamentalmente al rápido crecimiento de la producción en el marco de una mayor intervención estatal o de lo que se ha llamado economía mixta, en la cual no toda la asignación de los recursos responde al principio de lucratividad, sino que una parte se separa del mecanismo del mercado y de la propiedad privada, para manejarse con miras a satisfacer directamente necesidades colectivas básicas, tales como la educación, la salud pública, la seguridad social, los servicios médicos y la vivienda popular. En otros campos de la producción de bienes y servicios, cuya distribución se hace en el mercado bajo el mecanismo de precios, el Estado impone ciertos lineamientos de política distintos de la lucratividad, que es el principio de racionalidad bajo el cual actúa la empresa privada.

Bajo este esquema de análisis, podemos distinguir fundamentalmente dos tipos de planificación: la planificación de los países socialistas a la cual se le denomina imperativa o centralizada, y la planificación de los países capitalista a la que se le denomina indicativa.

En el primer caso, la planificación centralizada es aplicada como la forma de dirección estatal de la economía, abarcando todas las esferas y las ramas económicas, todos los aspectos de la producción, distribución y consumo de la sociedad. Las premisas de la planificación socialista están condicionadas por el carácter y nivel de desarrollo de las fuerzas productivas, el dominio de la propiedad social y la estructura política de esos países. La metodología de la planificación socialista se ha desarrollado con base a las categorías y los métodos de la contabilidad de la empresa capitalista, aplicándolos al conjunto del proceso social de producción y distribución; así como también las técnicas de investigación de operaciones. El cálculo de los balances constituye el principal instrumento metodológico, para coordinar las diversas tareas de la economía, siendo su objetivo principal satisfacer las necesidades sociales en el mayor grado posible.

La lógica de la elaboración del plan radica en que su punto de partida lo constituye la determinación de las necesidades sociales y la fundamentación del sistema de objetivos socio-económicos más importantes que la sociedad puede lograr en el periodo planificado. Por lo tanto, el plan es un instru-

mento para integrar todos los fines en una estructura jerarquizada, donde los balances de la economía son un medio para controlar los planes, desde el punto de vista de la racionalidad económica, puesto que permite esclarecer si los diversos medios de que dispone la sociedad han sido aprovechados al máximo o en que medida se han aprovechado, y alcanzar la plena armonización de los objetivos del plan y los recursos.

En el caso de la planificación indicativa, se presupone que la economía responde principalmente a la demanda interna, refleja el intento por armonizar los distintos intereses nacionales, pero sin llegar a determinar de manera específica ni todas las implicaciones de los objetivos, ni los instrumentos necesarios para realizarlos. Los planes se realizan globalmente o por grandes ramas económicas en forma de macromodelos de desarrollo que indican expectativas, aspiraciones e intenciones, pero no compromisos obligatorios, de tal manera que el Estado plantea lineamientos generales para la actividad económica, donde los programas de las empresas privadas no se reflejan en los planes estatales de desarrollo, que están orientados a incrementar el valor y la plusvalía como fuentes de beneficios y rentas, sin que éstos lleguen a toda la sociedad.

Dentro de esta planificación existe una gran diversidad de esquemas metodológicos, que reponen al nivel de organización y desarrollo de cada país, y que de ninguna manera corresponden a una tipificación universalmente aceptada ni de aplicación indiscriminada; hecho que, además, evidencia el empirismo que priva en la planificación indicativa.

I.3 Enfoques de la Planificación Indicativa.

El primero es la Planeación Proyectiva, la cual actúa con aspectos operativos, tales como diagramas de flechas, basándose en técnicas para resolver problemas y esforzándose por la eficiencia. Este tipo de planeación se da a todos los niveles, dentro de una organización, pero es predominante en los niveles departamentales.

El siguiente tipo es la Planeación Estratégica, en la cual se da especial énfasis al uso de técnicas de optimización, para producir efectos satisfactorios en los componentes del sistema, cuyo fin es la efectividad más que la eficacia.

El tercero es la Planeación por Políticas u Objetivos cuya base fundamental son los valores del sistema que pueden cambiar, para alcanzar los objetivos de equidad e igualdad y permite establecer los criterios de medición para evaluar la efectividad de un sistema. Este tipo de proceso es más efectivo en los niveles, en los cuales existen los mecanismos para desarrollar e implementar las alternativas normativas de la sociedad, es decir, al nivel de la acción legislativa. Los juicios normativos, sin embargo, también pueden desarrollarse e implementarse en instituciones o empresas, aunque en algunos casos sus mecanismos sean menos formales.

Otro tipo es la Planeación Racional, que plantea dos finalidades: la racionalidad funcional, cuyo objetivo es emplear eficientemente los medios dados a los fines; y la racionalidad sustancial, que responde a la capacidad para comprender situaciones complejas y decidir sobre los fines. Dentro de este tipo de planeación surgen otros tres: el Optimizante, el Comprensivo y el Satisfaciente; cada uno de ellos da respuesta a diferentes concepciones del objetivo o fin del proceso de planeación, es decir, responden al querer hacer, en cuanto a calidad y extensión de los planes o programas.

El Incrementalismo Disjunto es otro enfoque de planeación que constituye una crítica a la planeación racional comprensiva. Con este enfoque se realizan cambios importantes a variables no significativas de un sistema o cambios insignificantes a variables importantes.

Los atributos del incrementalismo disjunto le dan un carácter adaptativo, simplificador y menos riguroso que la planeación racional. El enfoque es análogo a resolver un problema por iteraciones sucesivas, en vez de resolverlo con una fórmula deductiva. Es disjunto porque se presenta como una estrategia para tomar decisiones en una sociedad fragmentada en grupos de poder, en la cual es imposible tomar decisiones centralizadas, siendo las decisiones sociales el resultado de la confrontación de los grupos de poder.

Un enfoque que considera más seriamente el aspecto social, para desarrollar las actividades de planeación es el llamado de Exploración Mixta, que vincula a la planeación y a la sociología en una estrategia de decisión con base a alternativas relevantes, que son seleccionadas y depuradas hasta quedar sólo una.

La Planeación Adaptativa, constituye otro tipo, en el cual el aprendizaje durante el proceso va proporcionando los elementos de control para evitar errores bajo una orientación prospectiva, que se adapte a los cambios .

Otro tipo de planeación es la Innovativa, conocida también como Acción-Investigación la cual procura transformar proposiciones normativas en formas de organización institucional; la relación entre propósito y realización está dada por la ejecución misma de las actividades que cristalicen los objetivos y los medios. Existen otros tipos como son: Planeación Transaccional (mejorar la comunicación entre el planificador y el cliente); Planeación Normativa o por Ideales, que establece un conjunto de ideales indicativos de los resultados deseados, que corresponden a los objetivos, los cuales implican consecuencias que son a su vez aproximaciones operativas de los fines ideales. Se establecen las metas como medios para alcanzar los objetivos, siendo expresión cuantitativa de los objetivos en el tiempo y en espacio, para que finalmente se actúe para alcanzar las metas y los subsecuentes objetivos; la Planeación Participativa, donde el beneficiario del proceso y el planificador interactúan dinámicamente.

Finalmente, uno de los principales autores contemporáneos de la planeación ^[1], clasifica los tipos de planeación en cuatro: Reactivo, Inactivo, Preactivo y Proactivo, donde cada uno de estos conceptos se derivan de la orientación temporal del planeador ante las circunstancias y la forma de resolver los problemas.

I.4 Sistema Nacional de Planeación Democrática.

El modelo de planificación en México, como esquema teórico se sustenta en la construcción del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

El sistema nacional de planeación cuenta para su funcionamiento con diversos instrumentos cuya aplicación en cada etapa del proceso implica su jerarquización y ordenación que desempeñarán en cada una de ellas y con la relación que existe entre ellos mismos. Estos instrumentos tienen su expresión material a través de documentos, ya sea planes,

[1] Ackoff R. "Rediseñando el Futuro", "El Arte de Resolver Problemas" y "Creando la Empresa del Futuro".

programas, leyes, informes de control o evaluación, los que en lo general contienen objetivos, metas, estrategias, políticas, medidas operativas que serán aplicadas para la atención de las prioridades de la planeación nacional, y además, consideran el resultado de la participación de los grupos sociales y de las entidades federativas.

Estos instrumentos se clasifican de la siguiente manera:

1. Normativos de mediano plazo.
 - a) Plan Nacional de Desarrollo.
 - b) Programas de Mediano Plazo.
 - Sectoriales.
 - Estratégicos: Regionales y Especiales.
 - Institucionales.
2. Operativos, de corto plazo.
 - a) Programas Anuales.
 - Programa Operativo Anual Macro.
 - Programa Operativo Anual Preliminar.
 - Programa Anual Definitivo.
 - b) Ley de Ingresos.
 - c) Presupuesto de Egresos.
 - d) Convenios Unicos de Desarrollo.

- e) Contratos y Convenios de Concertación.
- f) Instrumentos Administrativos.

3. De Control.

- a) Informes trimestrales de la situación económica y social.
- b) Informes de los Gabinetes Especializados.
- c) Informes de la Comisión Gasto-Financiamiento.
- d) Informes de las auditorías gubernamentales.

4. De Evaluación.

- a) Informe de Gobierno.
- b) Informe de Ejecución del F.N.D.
- c) Cuenta Pública.
- d) Informes de los foros de Consulta Popular.
- e) Informes Sectoriales e Institucionales.
- f) Informes sobre áreas y necesidades específicas.
- g) Informe anual de evaluación de la gestión gubernamental.

La diferenciación entre los instrumentos del Sistema se refiere a la función que desempeñan en el proceso de planificación y el tipo de actividades que realizan los distintos responsables de su integración, desde la perspectiva de

mediano plazo, hasta la desagregación anual de las metas y contexto de la definición de política e instrumentos de corto plazo, destinados a utilizarse en cuatro vertientes de instrumentación, para la participación de los sectores público, privado y social, las cuales son: Obligatoria, Coordinación, Concertación e Inducción; las dos primeras corresponden al sector público y los gobiernos de los Estados, mientras que las restantes corresponden a los sectores social y privado, mediante la firma de convenios, contratos, etc., entre el gobierno federal y los diferentes sectores.

1.5 Características Metodológicas del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) está estructurado en tres grandes apartados. En el primero se establece el marco de referencia para el diseño de la estrategia general, como reflejo de los principios políticos del Proyecto Nacional surgido de la Revolución Mexicana y plasmados en la Constitución de 1917. El segundo contiene una serie de políticas que establecen los lineamientos para la instrumentación del plan en los distintos ámbitos de la vida nacional; la económica describe los escenarios macroeconómicos posibles y el

uso de los instrumentos de carácter global, así como el manejo de la política de gasto público, y se presentan los lineamientos de política para la empresa pública. En el capítulo de política social se definen los elementos y prioridades que habrán de orientar el ejercicio en las áreas de: empleo, bienestar social y distribución del ingreso; educación; salud y seguridad social; ecología y medio ambiente; y desarrollo urbano y vivienda. De la estrategia económica y social se desprenden los lineamientos de política que se refieren a sectores específicos: desarrollo rural integral; reforma agraria integral; agua; pesca y recursos del mar; bosques y selvas; desarrollo industrial y comercio exterior; energéticos; minería; sistema integral de transporte; modernización comercial y abasto popular; turismo; y desarrollo científico y tecnológico. En el capítulo de política regional se describe el marco para la distribución del crecimiento, definiendo las zonas prioritarias y trazando las líneas de política para la zona metropolitana de la Ciudad de México, la frontera norte, la costa del golfo y la del pacífico, y el tercero plantea la manera en que los diferentes grupos sociales pueden participar en su ejecución.

El contenido del Plan Nacional de Salud (PNS) consta de cuatro apartados: Diagnóstico General; Objetivos, metas y estrategia general; Programas de Acción (lineamientos programáticos), y Proyectos, estrategias y vertientes de instrumentación.

I.6 Análisis Metodológico del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

Para establecer un análisis metodológico haremos una comparación entre la estructura del PND y el PNS con el esquema general del proceso de planeación formulado por el Dr. O. Gelman [2], que se presenta como anexo a este capítulo.

En primera instancia, podemos observar que en relación al Subsistema Diagnóstico, tanto el PND como el PNS sólo presentan una descripción parcial de la situación económica y social del país, así como, la situación de salud de la población, con base en indicadores socioeconómicos y demográficos. Y enuncian de forma muy general algunos de los

[2] Gelman, Osvei Investigador de tiempo completo del Instituto de Ingeniería de la UNAM. Hojas de Trabajo.

problemas a los que se enfrenta el sector público para cumplir con sus funciones.

Respecto al Subsistema Prescripción, se plantea solamente la creación del Sistema Nacional de Planeación y el Sistema Nacional de Salud, respectivamente, como modelos para llevar a cabo las estrategias de desarrollo, pero sin establecer cual debe ser su estructura y contenido.

En cuanto al Subsistema de Instrumentación, el PNS, establece objetivos y metas, así como, lineamientos generales de acción para la elaboración de los programas, que ayuden a alcanzar los objetivos fijados, pero sin definir claramente cuales actividades deberán desarrollar las instituciones que componen el sector salud.

Respecto al Subsistema Control, ninguno de los dos documentos hace referencia sobre la planeación de la implementación, la ejecución, evaluación y adaptación de las actividades a desarrollar en el plan o programa.

I.7 Conclusiones.

A partir del contenido del PND se puede concluir que la conceptualización del Plan es eminentemente cualitativa, dado que en el sólo se presentan orientaciones de gran amplitud, las directrices para el cambio y las líneas fundamentales de acción que deberán seguirse en cada uno de los diferentes sectores. Se reserva a los Programas de Mediano PLazo (PMP) y a los Operativos Anuales (POA), el establecimiento de cifras precisas, compromisos numéricos y adecuaciones dentro de los avances de la planeación, y cuya elaboración sigue la misma dirección en el flujo de información que en el Presupuesto de Gasto Público.

La estructura del PND representa más bien un documento de "Intenciones", que un documento que trate de transformar una realidad. Los Programas de Mediano Plazo Sectoriales, presentan incongruencias respecto a los objetivos planteados en el PND. No existe un seguimiento real a los lineamientos generales. El proceso de elaboración de los programas es de abajo hacia arriba sin que la cabeza del sector respete los objetivos institucionales, es decir, cada empresa u organismo descentralizado desarrolla su programa de mediano plazo,

tratando de adecuar sus objetivos, estrategias y políticas a los lineamientos generales del plan y que estén dentro de sus posibilidades de desarrollo, sin embargo, al conocer los documentos finales, existe un divorcio entre lo que se entregó y lo que se publicó. Las metas sectoriales sólo representan la calificación de los objetivos y no su cuantificación en el tiempo y en el espacio. Los Programas Operativos Anuales que deberían ser el planteamiento de la Ejecución del Plan, tampoco guardan la correspondencia entre objetivos, estrategias, políticas y metas en sus diferentes niveles de aplicación. En algunos sectores no se encuentra aun definido que entidad fungirá como coordinador, en algunas otras éste no funciona como tal, y así sucesivamente se podrían exponer otras deficiencias, que rebasan al objetivo principal del presente trabajo.

En resumen, desde el punto de vista teórico y clasificando las principales características del proceso que se está llevando a cabo en México se puede concluir que:

- 1) El tipo de planeación es Indicativo, es decir, se ha planteado un proceso de coordinación y concertación con los sectores privado y social sin que

ninguno considere la obligatoriedad de la implantación del proceso en su desarrollo, así como tampoco la complementariedad de sus programas, para el logro de los objetivos generales a nivel nacional.

- 2) A pesar de que se plantea un proceso de planeación integral, los programas de los diferentes componentes del sector público no contemplan esa visión, puesto que cada uno establece objetivos ajenos a los demás, es decir, sólo son inherentes a ellos mismos. Y por otra parte, existe incongruencia entre los objetivos sectoriales y los objetivos planteados en el PND.

ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE PLANEACION
(D. Gelman)

Subsistema Diagnóstico:

- Definición del objeto de estudio.
- Descripción del estado actual y pasado.
- Elaboración del estado normativo.
- Identificación de las discrepancias futuras y análisis de las causas.
- Planteamiento del problema.

Subsistema Prescripción:

- Restricciones y criterios.
- Modelo.
- Solución.
- Selección.
- Planeación de contingencias.

Subsistema Instrumentación:

- Planeación Normativa. Ideales.
- Planeación Estratégica. Objetivos.
- Planeación Táctica. Metas.
- Planeación Operacional. Políticas, programas y proyectos.

- Planeación de Recursos. Personal, tecnológicos, financieros, etc.

Subsistema Control:

- Planeación de la implementación.
- Ejecución.
- Evaluación.
- Adaptación.

II. LA SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD

En la primera parte de este capítulo, se presentan algunas de las conceptualizaciones a las cuales se ha enfrentado el fenómeno salud-enfermedad. Posteriormente se presenta como han sido interpretadas estas concepciones en el desarrollo de los servicios de salud, así como un breve análisis de la problemática de salud en México, para poder visualizar la importancia y necesidad del uso de la planeación, en este campo.

II.1 Algunos planteamientos sobre el concepto de Salud.

A lo largo de la humanidad, y ante el desarrollo de las ciencias sociales, la salud se ha conceptualizado de diversas maneras, de acuerdo a las formas de organización, de las concepciones, conocimientos e ideologías dominantes en cada momento histórico.

La interpretación del proceso salud y enfermedad ha sido objeto de polémica durante muchos años, sin embargo, se pueden distinguir básicamente dos enfoques en el estudio de

la salud, uno es el médico o epidemiológico tradicional y el otro el de la sociología médica o medicina social. El primero tiene como base fundamental de análisis, el denominado Modelo Médico (MM), el cual considera a la enfermedad como objeto único de la práctica médica, independientemente de la necesidad de diferenciar los tipos de enfermedad y los tipos de curación alternativos, definiendo a la salud como "la carencia de enfermedades". Este modelo evita establecer la correspondencia entre la salud y la sociedad. Se dirige a la solución de las enfermedades de los individuos como entes separados de su entorno social, económico y cultural. Explica el desarrollo de la salud, a través de la historia natural de los padecimientos y de sus características junto con el equilibrio de la triada Agente-Medio-Huésped, pero sin analizar como se establecen estas relaciones.

El MM es una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo, y en la medida en que la sociedad define el área enfermedad-salud como estructural, genera necesariamente modelos médicos que representan los caracteres fundamentales de dicha sociedad. La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfer-

medad de los conjuntos sociales y la práctica médica, son parte de esa construcción dinámica, obviando la correspondencia entre las relaciones de salud y las relaciones sociales. Plantea la salud y sobre todo la enfermedad como área autónoma y exclusiva del modelo de los médicos, separada de las determinaciones sociales, e imposibilita la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo.

En el segundo se considera como marco teórico el materialismo histórico, el cual explica la salud como un fenómeno dinámico de la sociedad, es decir, como un proceso vinculado directamente con los diversos factores sociales, económicos, políticos, culturales, físicos, químicos, y psicológicos, que se encuentran determinados por la forma de organización social.

En este enfoque se establece que la enfermedad es el resultado de la apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza, de aquí se deduce que la salud es una apropiación suficiente, igual o adecuada de la naturaleza, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de la colectividad para satisfacer sus necesidades básicas, así

como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc.

La definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), acepta de alguna manera esta interpretación, ya que establece que la salud es "un estado de buen comportamiento físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o indisposición", como es manejada en el Modelo Médico.

Sin embargo, el concepto de salud al igual que el bienestar y la felicidad, es una expresión sumamente subjetiva y su manifestación en muchas ocasiones es abstracta, lo cual dificulta la utilización de indicadores precisos y confiables tanto para su medición como para el establecimiento de su nivel óptimo, tales como los que plantea la OMS [3]. Pero aún cuando la salud se defina en forma subjetiva, debe quedar claro que lo subjetivo surge de la misma realidad y

[3] Indicadores de salud según la OMS:

1. Indicadores del nivel de salud alcanzado.- tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad proporcional de 50 años y más, tasa de mortalidad infantil, tasas de mortalidad específicas por causas, tasas de morbilidad específicas por causa. (Cont.)

permanece vinculado a ella, y es por esto que existen elementos de carácter objetivo y subjetivo que hay que tomar en cuenta para definir el estado de salud de la población.

Los aspectos objetivos a considerar y que de alguna manera es posible medir con los indicadores mencionados son: la forma en que los individuos o grupos sociales se insertan en el aparato productivo, de lo cual se desprende la situación socioeconómica, el nivel educativo, los fenómenos demográficos (crecimiento de la población, su distribución, etc.) y sus indicadores generales como: esperanza de vida, tasas de mortalidad, de natalidad, etc.); el tipo de vivienda; la infraestructura sanitaria (disposición de agua potable, alcantarillado y drenaje). Que permiten ubicar el concepto de salud en el medio económico, social, cultural y físico que rodea a los individuos y a la colectividad de la que forman parte, a fin de orientar mejor las medidas tendientes a prevenir los daños a la salud, recuperarla o fomentarla.

-
2. Indicadores sobre condiciones ambientales.- porcentaje de población con agua potable, porcentaje de población con sistema adecuado de disposición de excretas. (Cont.)

En este mismo sentido los elementos subjetivos son: expectativas, deseos, actitudes, sentimientos, emociones, aptitudes, etc.; los cuales se encuentran vinculados a los primeros y pueden influir en ellos, sin que sea posible medir su impacto o magnitud, dentro del concepto de salud. Ambos factores, además de moldear las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, proporcionan los elementos para identificar la atmósfera adecuada que contribuya a la obtención de la salud.

Asimismo, es preciso establecer que el proceso salud-enfermedad no es algo fijo, único, por el contrario, está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social, por lo tanto, el tipo de respuestas sociales a la enfermedad variará de un grupo social a otro, de una zona a otra, lo cual depende de diferentes circunstancias, pero dentro de esta multitud de elementos se abrirá paso el factor económico; la importancia

-
3. Indicadores de recursos y actividades de salud.- número de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) por mil o diez mil habitantes, número de camas hospitalarias por mil habitantes, número de atenciones prestadas (consultas, visitas, etc.) en relación con la población susceptible y porcentaje de defunciones con atención médica.

estratégica que tengan en la economía los distintos grupos sociales y zonas; la forma en que los grupos se inserten en el aparato productivo y como obtienen sus ingresos, lo cual determinará en gran medida sus condiciones reales de existencia.

El proceso salud-enfermedad constituye hechos estructurales para toda formación social; expresa no sólo la potencialidad vital en términos demográficos, sino también a la totalidad de la estructura.

En él se encuentran implicadas las acciones de los conjuntos sociales, como el eje político del fenómeno. Es el producto de un proceso social e ideológico en el cual la salud es un objetivo social de la población.

Por ello, las políticas de salud del Estado no pueden aplicarse o hacerse extensivas de igual forma a todas las clases sociales y zonas geográficas del país. Es necesario tomar en cuenta la manera en que se presentan estas diferencias en cada región y en cada momento histórico a fin de evitar estructuras políticas aisladas de las condiciones reales en

que trabajan y viven los distintos grupos sociales que pertenecen a una formación social específica; así como también, en la participación activa de los mismos en la formulación e implantación de las políticas.

II.2 Los Servicios de Salud.

Los servicios de atención médica son parte de la sociedad y por lo tanto están incluidos en el cambio general, pero estos se modifican con gran celeridad, debido al progreso tecnológico y a la superación profesional, que tiene un efecto sobre el total de la sociedad.

Estos servicios deberían ser organizados de tal manera que dieran como resultado un uso del servicio proporcional a la necesidad de la población.

Los programas sociales para promover los servicios de salud pueden ayudar a los individuos a hacer elecciones más prudentes y ofrecerles el conocimiento y la oportunidad de institucionalizar las opciones congruentes con sus necesidades. Estos deben englobar las preferencias a largo plazo de

los individuos, y deben constituirse y mantenerse de la manera más democrática posible, y proteger la integridad financiera de la población.

Independientemente de la definición de salud que se adopte, se puede decir que la Salud tiene tres características fundamentales:

- 1) La salud es un proceso de adaptación a un ambiente social, incluyendo el creado por el hombre y los factores naturales.
- 2) La salud significa diferentes cosas a diferentes personas y culturas.
- 3) La salud es un proceso dinámico que cuenta con estímulos y respuestas siempre cambiantes. Se puede considerar como una serie de complejas interacciones entre el individuo y su ambiente.

La atención médica implica una respuesta a esta complicada situación. La atención médica básica es el primer contacto entre el individuo y el servicio, que tradicionalmente pone

mayor atención a los desequilibrios que surgen de riesgos y enfermedades ambientales, tensiones sociales y culturales.

Las principales funciones de un servicio de atención médica básica son:

- a) Conservación de la salud.
- b) Prevención de enfermedades.
- c) Diagnóstico y tratamiento.
- d) Rehabilitación.
- e) Atención continua del individuo.
- f) Certificación.

Sus objetivos son:

- 1) ser accesible a toda la población.
- 2) ser aceptada por la población.
- 3) identificar aquellas necesidades médicas de la población que puedan prevenirse, modificarse o curarse.

- 4) utilizar al máximo el potencial humano y los recursos para satisfacer las necesidades médicas de la población.

La atención médica debe enfrentarse a las siguientes condiciones o situaciones:

- a) las enfermedades son involuntarias e imprevisibles,
- b) los servicios de atención siempre son necesarios e impostergables,
- c) los servicios son indivisibles,
- d) la necesidad de servicios siempre coincide con la reducción del poder adquisitivo,
- e) los médicos deciden qué servicios son necesarios para sus pacientes,
- f) existen límites en la disponibilidad de recursos alternativos para la atención por la variación de precios, y
- g) el intercambio comercial es desalentador, la habilidad de los clientes para contar y manipular sus

demandas en el mercado disminuye por la extensión de las enfermedades.

Todas las decisiones de asistencia médica se compone, en parte, de las opciones que tomen los individuos aislados y en parte, de las que toman a través de instituciones sociales legítimas, incluso el gobierno. En la medida en que un gobierno represente los deseos y aspiraciones de los individuos se considerarán como extensiones de la elección individual, de lo contrario serán consideradas como paternalismo benevolente o una tiranía.

La legitimación de los programas sociales para promover los servicios de salubridad no debe basarse en lo que los médicos, expertos en salubridad o líderes políticos consideran que es bueno o apropiado, sino en la base de las instituciones sociales y el consentimiento libre e informado de la población.

Por lo tanto, el objeto focal del Sistema de Planeación de Salud propuesto, será el instrumento metodológico que permita organizar los servicios de salud de tal forma que se

pueda alcanzar para el hombre y la sociedad un mayor bienestar, de tal forma que se garantice la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para el desarrollo armónico, adecuado y suficiente de los individuos y su entorno social.

II.3 Breve Análisis de la Problemática en Salud.

El desarrollo económico del país ha generado las condiciones sociales necesarias para expandir los servicios de salud y seguridad social, con el fin de reproducir la fuerza de trabajo, o bien reintegrarla a la planta productiva. A la vez, las condiciones preventivas ante la enfermedad que buscan eliminar las epidemias, han contribuido a reducir la incidencia de esos males. Sin embargo, a estos beneficios del desarrollo de la práctica de la salud se le anteponen las tendencias de la heterogeneidad social, propia de todo período histórico.

Los problemas de salud y su distribución clasista, el acceso diferencial de la población a los servicios y el grado de protección social de los habitantes son indicadores del bienestar que expresan la situación general de la población.

La práctica médica y sanitaria y el saber y las interpretaciones dominantes ponderan excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad. Se oculta o menosprecia la existencia de un proceso colectivo de salud-enfermedad, cuya expresión en daños a la salud reproduce las condiciones sociales existentes y el tipo de relación de una sociedad dada con la naturaleza.

Independientemente de las aproximaciones individualistas y biologicistas (Modelo Médico), en torno a los problemas de salud, la base material y el carácter histórico del proceso salud-enfermedad reflejan con fidelidad el grado de desarrollo y bienestar de una sociedad determinada, su composición interna y sus estructura de clases. La situación de salud de un país depende de las condiciones generales de la vida de la población; en menor grado intervienen las prácticas médico-sanitarias. En consecuencia, la revisión de las condiciones de salud explora la organización social y la forma en que ésta se traduce a fenómenos de masas.

Tanto el análisis de los servicios de salud y las instituciones sociales, cuyo fin es evitar y reducir los daños generados por el proceso salud-enfermedad, como el estudio

del grado de desarrollo de la seguridad social son instrumentos útiles para caracterizar la orientación de las políticas económicas y sociales emprendidas por el Estado; permiten ver cómo reacciona éste ante las necesidades y demandas de salud y seguridad social de las mayorías; expresan la lucha política e ideológica en el interior de la sociedad. Por eso, si se quiere entender la política de salud o la amplitud y dirección de los servicios de salubridad, se deben recurrir a estos indicadores sociales, evitando en lo posible la información apologética de carácter oficial que exalta los pocos y lentos avances en la materia.

Los esfuerzos del Estado por mejorar los niveles de salud en el contexto socioeconómico, se manifiestan en los cambios ocurridos en la mortalidad y morbilidad.

La tasa de mortalidad general en México durante la década 1970-80 descendió de un promedio de 10.1 defunciones por mil habitantes a 5.7 por mil en 1982, lo que representa un decremento de 43.6%. Sin embargo, existen diferencias importantes entre las entidades federativas (ver Cuadro No. 1 anexo), como se puede observar, los estados de Colima,

Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Queretaro y Yucatan, presentan tasas promedio mayores al promedio nacional y aunque han disminuido no alcanzan la misma proporción. Tal es el caso de Oaxaca que pasó de 11.6 a 7.5 en el mismo período, con 35.3% de decremento, y Puebla que pasó de 9.01 a 7.47 con un decremento de 17.1%.

La disminución de la mortalidad general durante los años analizados se explica, en parte, por las reducciones logradas en la mortalidad de los niños menores de 5 años, y en especial de la mortalidad infantil. Esta ha disminuido entre 1970 y 1982 en promedio, en más de la mitad al pasar de 68.5 a 33.04 por mil nacidos vivos. Al igual que en la mortalidad general, ésta situación es diferencial por entidad federativa, ya que como se puede observar en el Cuadro No. 2 (anexo), nueve estados rebasan las cifras nacionales y presentan porcentajes de disminución menores. Por ejemplo, Guanajuato pasó de 83.2 por mil nacidos vivos en 1976 a 54.9 en 1982, cifra que representa una reducción de 34%; Tlaxcala pasó de 86.9 a 55.7 por mil nacidos vivos representando un decremento de 35.9%.

En nuestro país las enfermedades que predominan son aquellas como las infecciones parasitarias, cuyos efectos se sienten más en la población pauperizada, y en particular sobre los recién nacidos e infantes. Por otra parte, aunque en menor proporción, se enfrentan problemas de salud típicos del desarrollo industrial, como son los padecimientos crónico-degenerativos y los accidentes, como podemos observar en el Cuadro No. 3 anexo.

Los cambios en los índices de mortalidad de los últimos decenios se explica a partir de las transformaciones sociales que se han generado y la manera en que han tomado cuerpo en el caso del sector salud.

Por mucho que las expectativas puedan haber superado a la realidad, las condiciones ambientales han mejorado en el decenio, y el descenso en la mortalidad infantil se puede atribuir al impacto que han tenido los programas de inmunizaciones con el consiguiente abatimiento de las enfermedades transmisibles, así como a la reducción en la tasa de natalidad. Sin embargo, hay que recordar que las enfermedades infecciosas y parasitarias aún constituyen importantes causas de muerte en el país.

El descenso de las tasas de mortalidad al vincularse primero con el crecimiento de la población urbana y después con la extensión de los servicios de salud, indican que estas dos variables son las que inciden de manera más directa en la conformación del panorama actual de salud en México.

La persistencia de neumonías e influenza y de otras enfermedades infecciosas que inciden en la población infantil, en regiones rurales, en donde la existencia de servicios médicos es nula o escasa y en regiones urbanas donde los problemas de hacinamiento se aunan a las nutricionales, marca con claridad hasta que punto es necesario plantearse el problema de salud a partir del análisis de las relaciones entre enfermedad y sociedad, con base a las condiciones de vida que se desarrollan en esos sectores de la población y de los servicios con que se cuenta.

La disminución de la mortalidad trae aparejada la extensión de la vida media y la esperanza de vida al nacer. Se estima que en 1980 el país contaba con una esperanza de vida de 63 años y para 1985 de 67 años. De acuerdo a datos del censo de 1980, la razón de dependencia (la relación entre la población de menores de 15 años y ancianos mayores de 65

años y más, con la población en edad de trabajar (-15 a 65 años-), es de 1.4 cifra que en comparación a los datos de 1970, disminuyó en 51.8%, dado que en este año fue de 2.7.

Los factores demográficos revisten importancia fundamental en cualquier análisis de las condiciones de salud. El tamaño de la población, su estructura por edad y sexo, la tasa de crecimiento, la distribución urbana-rural y los niveles de educación y de los ingresos constituyen características relacionadas con el estado de salud y las necesidades de la población a este respecto.

El problema que trae aparejado el cambio de la estructura por edades de la población, es de múltiples facetas, no solamente para el sector salud, sino también para todos los sectores del desarrollo del país. Por ejemplo, la situación del subempleo o desocupación de casi 6 millones de personas, podría presentar situaciones muy críticas si se considera que esa población se incrementará para el año 2000 en 4 millones más de habitantes en tal situación, de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Uno de los cambios más relevantes en la evolución demográfica en México, es la redistribución geográfica de la población. En 1970, la población urbana alcanzaba la cifra de 28.3 millones de habitantes, constituyendo el 58.7% del total, y en 1980, dicha población se elevó a más de 42 millones de habitantes, que representan cerca del 70% del total de la población.

Las cifras anteriores llaman a la reflexión desde todo punto de vista, y tienen trascendencia particular para el sector salud que ha mostrado orientaciones a la consideración de los problemas de las áreas rurales. Será necesario seguir prestando una mayor atención a la población rural, aunque disminuya su proporción, ya que el número de habitantes que carecen de servicios médicos es muy importante. (Ver Cuadro No.4 anexo).

El análisis de algunos aspectos más destacados del desarrollo del país, en los años anteriores, permite identificar factores que pueden tener influencia decidida en las posibilidades del desarrollo económico y social de México en las próximas décadas, y que afectarán la factibilidad de alcanzar el objetivo propuesto en este documento.

Al analizar la existencia de recursos para la solución de los problemas de salud, se advierten aspectos importantes: hay concentración institucional; diferencias distributivas significativas en los medios urbano y rural; y, en su mayoría son muy sofisticados en relación a los padecimientos que se deben atender.

Con respecto a camas hospitalarias, consideradas como indicador característico de los recursos físicos en 1975 se registró una disponibilidad de 1.1 por cada mil habitantes suponiendo que toda la población tiene acceso a ellas; mientras que para 1983 dicho indicador descendió a 1.5 por cada mil habitantes. Este dato oculta el hecho de que dichos recursos se encuentran concentrados geográfica e institucionalmente. Las principales instituciones de seguridad social IMSS e ISSSTE concentraban en 1975 el 38.6% y 7.6% del total de camas disponibles para la atención del 33.1% de la población del país, mientras la SS, con una cobertura teórica del 65% de la población disponía del 53.8% de las camas existentes.

Esta situación se ha alterado bruscamente, ya que para 1985, el IMSS y el ISSSTE contaban con el 65.5% de las camas y la

SS con el 34.6%. Esto ocasionaba que mientras, en 1975, el IMSS e ISSSTE disponían de una cama para 774.1 y 832.2 asegurados y beneficiarios, respectivamente, y de una cama para 905.0 y 999.0 asegurados y beneficiarios, en 1983, la SS tenía una disponibilidad por cama sensiblemente inferior a la de las demás instituciones: una cama por 1,334 habitantes, en 1975, y por 2,225.4 en 1983. (Ver Cuadro No. 5).

Como se muestra en el mismo Cuadro No. 5, en lo que se refiere a recursos humanos, existe una situación similar a la descrita anteriormente: en 1975 el IMSS concentraba al 54.7% del total de médicos y la SS sólo al 31.9% de los mismos, para 1985 el IMSS contó con el 56.8% del total de médicos y la SS el 25.9%. La gravedad de esta situación se refleja en la disponibilidad de médicos para la población asegurada: en el IMSS había 805 habitantes por cada médico, mientras que en la SS había un médico por 3,321 habitantes.

Además de la concentración institucional de los recursos de salud, la distribución geográfica de los mismos es sumamente desigual. Por una parte, el Distrito Federal con un 14.3% de la población total del país disponía en 1983 del 33.4% de

las camas y del 34.9% de médicos, lo cual significaba que el resto de la República donde residía el 85.7% de la población disponía del 66.6% de las camas y del 65.1% de los médicos.

Si esta disponibilidad se analiza a nivel de las entidades federativas, se puede observar más claramente la desigualdad de la distribución. Mientras que en Baja California Sur se registraban 571 habitantes por cama y 871 habitantes por médico y en Nuevo León 573 habitantes por cama y 1,100 habitantes por médico, existían entidades como Oaxaca, Chiapas, Guanajuato y Puebla con 2,540, 2,350, 1,042 y 1,484 habitantes por cama y 4,065, 4,028, 2,667 y 2,396 habitantes por médico respectivamente. (Ver Cuadro No. 6 anexo).

Al descender a nivel municipal la situación se agrava aún más. En 1970 existían 1,121 municipios con una población de 5'256,000 habitantes que carecían por completo de atención médica, municipios eminentemente rurales con altos porcentajes de población indígena, lo que refleja cuáles son los núcleos de población marginados de los servicios de salud. Y sin duda alguna y a pesar de que no se dispone de información actualizada sobre la población amparada, a nivel municipal, se puede suponer que no se ha mejorado esta situación

C U A D R O N o . 5
 RECURSOS FISICOS Y HUMANOS EN EL SECTOR SALUD
 E INDICADORES REPRESENTATIVOS

INSTITUCION	1971	1975	1980	1983
<u>S.S. 1/</u>				
Cobertura:	38,800	39,261	36,544	39,536
Médicos x 1,000 hab.	0.252	0.301	n.d.	0.444
Enfermera x 1000 hab.	0.508	0.736	n.d.	0.531
Camas x 1000 1000 hab.	0.690	0.750	n.d.	0.449
Enfermera x Médico	2.016	2.445	n.d.	1.198
<u>IMSS</u>				
Cobertura:	10,450	16,337	24,125	26,977
Médicos x 1,000 Der.	1.259	1.241	1.224	1.419
Enfermera x 1000 Der.	1.890	1.778	1.932	2.071
Camas x 1000 1000 Der.	1.534	1.292	1.136	1.105
Enfermera x Médico	1.501	1.432	1.575	1.459
<u>ISSSTE</u>				
Cobertura:	1,585	3,448	4,985	5,611
Médicos x 1,000 Der.	2.232	1.436	1.552	1.668
Enfermera x 1000 Der.	2.565	1.726	1.607	1.869
Camas x 1000 1000 Der.	n.d.	1.201	1.066	1.001
Enfermera x Médico	1.149	1.202	1.035	1.121

1/ Incluye a los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Pediatría, Perinatología, Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias y el DIF.

FUENTE: 3o. y 4o. Informes de Gobierno de Miguel de la Madrid, SPP. México, 1985, 1986.

debido principalmente a la crisis económica, que ha modificado la política del estado en cuanto a la asignación del gasto y de las inversiones en el sector público.

La concentración institucional, se puede explicar fácilmente si se comparan los porcentajes con que participan las tres principales instituciones (IMSS, ISSSTE, SS) en el gasto público federal y de desarrollo social. (Ver Cuadro No. 6)

La diferencia entre el IMSS, con la mayor participación, y la SS, es muy notoria. La SS, de 1971 a 1985 no ha rebasado el 1.7% del gasto público federal y el 7% del gasto en desarrollo social, además de que en este último año, participó con un gasto casi 7 veces menor que el IMSS en el total del gasto público federal.

Otra forma de apreciar los recursos que se destinan a salud es analizando la inversión pública federal. La contracción del gasto público en el Área de bienestar social tenía que reflejarse también en las inversiones que se realizan en esa área. Mientras que en 1976, la inversión en hospitales y centros asistenciales representaba el 12.4%, del gasto total

dentro del sector, y del 1.5% respecto a la inversión pública total, para 1985 estos porcentajes fueron del 8.6% y del 0.7%, respectivamente. (Ver Cuadro No. 7). Esto refleja que cada día son menores los recursos destinados a inversiones que permitan subsanar los serios rezagos en la cobertura de la población.

Si se analiza la inversión por institución se advierte la concentración de recursos en el IMSS e ISSSTE a diferencia de la relativamente baja disponibilidad de los mismos en la SS. Tan sólo en 1977 el IMSS participó con el 10% de la inversión en bienestar social y con el 49.1% de la inversión en hospitales y centros asistenciales, mientras la SS participó con un 1.1 y 5.7% respectivamente, es decir, realizó una inversión 10 veces menor que el IMSS.

Respecto a las condiciones de vida de la población, las cifras indican que en 1970 el 41.5% del total de viviendas contaba con drenaje o albañal; el 61% contaba con agua entubada y el promedio de habitantes por vivienda era 5.8.

C U A D R O No. 6
 GASTO EJERCIDO EN LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL
 PORCENTAJES DE PARTICIPACION Y
 TASAS DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL
 (MILES DE MILLONES DE PESOS CONSTANTES 1978=100)

ENTIDAD	1971	1975	1980	1985
P.I.B. (miles)	6,117.6	2,704.3 -18.5%	2,864.4 -59.7%	2,849.8 -0.1%
TOTAL SECTOR PUBLICO	356.9	660.8	1,192.3	669.9
% del PIB	5.8	24.4	41.6	23.2
t.c.m.a.		16.7%	12.5%	-11.1%
SECTOR DES. SOCIAL	72.5	139.2	208.0	175.1
% del PIB	1.2	5.1	7.3	6.1
% del TOTAL	20.3	21.1	17.4	26.5
t.c.m.a.		17.7%	8.4%	-3.4%
SECRETARIA DE SALUD	5.0	2.7	13.1	10.5
% del PIB	0.1	0.1	0.2	0.4
% del TOTAL	1.4	0.4	0.4	1.6
% del SECTOR	6.9	1.9	2.3	6.1
t.c.m.a.		-14.5%	11.8%	-4.2%
I.M.S.S.	31.8	41.3	56.9	46.3
% del PIB	0.5	1.5	2.0	1.6
% del TOTAL	8.9	6.2	4.9	7.0
% del SECTOR	43.7	29.7	27.9	26.5
t.c.m.a.		6.8%	7.0%	-4.0%
ISSSTE	7.8	12.1	20.0	17.6
% del PIB	0.1	0.4	0.7	0.6
% del TOTAL	2.2	1.8	1.7	2.7
% del SECTOR	10.8	8.7	9.7	10.1
t.c.m.a.		11.5%	10.7%	-2.0%

FUENTE: 3o. y 4o. Informes de Gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, SPP. México 1985, 1986.

C U A D R O No. 7
GASTO DE INVERSION EN EL SECTOR PUBLICO
(PESOS CONSTANTES 1978=100)

ENTIDAD	1975	1980	1985
TOTAL SECTOR PUBLICO 1/	31,966.2	402,163.4	22,393,304.5
INC. ANUAL REAL		89.7%	131.7%
GOBIERNO FEDERAL		172,365.4	7,258,927.8
INC. ANUAL REAL		139.3%	122.1%
% del Total		42.9%	32.4%
TOTAL DEL SECTOR DESARROLLO SOCIAL	3,324.2	41,503.9	1,922,663.4
INC. ANUAL REAL		165.0%	231.1%
% del Total	10.4%	10.3%	8.6%
% Gob. Fed.		24.1%	26.5%
I.M.S.S.	1,663.8	23,317.7	840,530.4
INC. ANUAL REAL		178.1%	276.7%
% del Total	5.2%	5.8%	3.8%
% del Sector Des. Soc.	50.1%	56.2%	43.7%
I.S.S.T.E.	1,463.2	16,582.8	663,267.6
INC. ANUAL REAL		152.8%	109.4%
% del Total	4.6%	4.1%	3.0%
% del Sector Des. Soc.	44.0%	40.0%	34.5%

1/ Incluye Organismos y Empresas sujetas a control presupuestal.

FUENTE: Estado Consolidado. 3o. y 4o. Informes de Gobierno de Miguel de la Madrid. SPP. Mexico, 1985 y 1986.

Para 1980 estos porcentajes se incrementaron a 71.2 y 64.9% respectivamente, mientras que el promedio de habitantes se redujo sólo a 5.3. Sin embargo, estas cifras a nivel estatal presentan serios contrastes, mientras que en Nuevo León el 88.1% de las viviendas contaban con agua entubada, en 12

entidades el porcentaje era inferior al promedio nacional, entre las que destacan son Guerrero (29.5%), Oaxaca (38.8%), Veracruz (33.6%) y Tabasco (37.2%). (Ver Cuadro No. 8 anexo)

Por lo que se refiere al drenaje, 13 estados superan al promedio nacional, destacándose Baja California Sur (99.9%) y Sinaloa (99.5%), seis no alcanzan el 50% de las viviendas con este servicio, y las menos favorecidas son Zacatecas (28.9%) y Oaxaca (29.6%).

Tomando en cuenta que la relación entre la mayoría de las enfermedades y la malnutrición es directa y causal, adquiere relevancia el hecho de que en 1970 el 23% de la población no consumía huevo, el 21% no comía carne, casi el 40% no consumía leche y el 70% y el 23% no había consumido pescado ni pan, respectivamente. Y considerando a la que no consumía carne, casi el 56% de la población se encontraba desnutrida en 1970. Para 1980, la situación de desnutrición se mantuvo, ya que cerca de 35 millones de habitantes no cubría los mínimos nutricionales, de acuerdo a la información recabada en estudios realizados por el Sistema Alimentario Mexicano (SAM).

Lo anterior, explica las razones de que, en 1975 y aún en 1982, las causas con más altos índices de mortalidad fueran la influenza y neumonías, con una tasa de 8.7 y 4.4 por cada 10 mil habitantes, respectivamente. En tercer lugar se encuentran las enteritis y otras enfermedades diarreicas, con tasas de 8.4 y 4.3 para 1975 y 1982 respectivamente. Haciendo una comparación para conocer la gravedad de estas proporciones, tenemos que en 1975 la segunda causa se encontraba erradicada en Noruega, Polonia y Suecia y en los Estados Unidos la tasa era de 0.1 y en Japón 0.3 por cada 10 mil habitantes.

Otro hecho que destaca es que dentro de las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades del corazón, con una tasa de 6.2 por cada 10 mil habitantes en 1982, y las violencias con una tasa de 9.3, lo cual se vincula con la situación que guarda el ambiente en las principales zonas del país. En la actualidad existen alrededor de 302 mil establecimientos contaminantes y más de 3 millones de vehículos automotores, el 40% de los cuales circula en la zona metropolitana del Valle de México.

De tal forma parece incuestionable la necesidad de realizar cambios sustanciales que incidan en el mejoramiento de las condiciones de vida de la mayoría de la población, en términos de alimentación y vivienda, aunados a la adecuación de los servicios de salud a los requerimientos de la población, mediante un sistema de planeación que permita crear las condiciones necesarias para poder generar una situación en la cual la relación entre enfermedad y sociedad no se manifieste tan negativamente hacia los sectores mayoritarios de la población.

Sin embargo, es importante conocer cómo se ha respondido a ésta problemática, tanto en el aspecto teórico como práctico, en el ámbito del sector salud, por lo que, en el siguiente capítulo se presenta cual ha sido la aplicación de la planeación en el sector, así como sus antecedentes tanto legales como normativos.

III. LA PLANEACION EN SALUD Y SUS ANTECEDENTES

Este tercer capítulo, trata de establecer el puente o relación que existe entre la teoría de la planeación y su aplicación directa en los servicios de salud, desde los antecedentes legales, hasta la aplicación de los modelos de atención a la población, y así llegar al análisis crítico de estos modelos, que daran pauta al desarrollo del modelo de planeación que se presenta en el siguiente capítulo.

III.1 Antecedentes.

El primer antecedente de la política social del Estado para resolver el problema de salud, se encuentra en el Constituyente de Querétaro, como respuesta a las demandas emanadas de la Revolución, en el cual se establecieron las bases jurídicas del sistema sanitario del país, (Art. 73, que se refiere específicamente a la Salubridad General y el Art. 123, que se refiere a la Seguridad Social y Garantías Laborales). Sin embargo, es hasta la década 1940-1950, que el Estado forma parte activa de la atención a la salud, al crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente

Secretaría de Salud, SS), como resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salud Pública, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La primera, encargada de las campañas sanitarias para erradicar ciertas enfermedades epidémicas y mejorar las condiciones de salubridad de la población; mientras que el segundo, se encarga de los problemas de salud y seguridad social de los trabajadores y sus familiares.

Posteriormente, se crea el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que como su nombre lo indica, está dirigido a resolver los problemas de salud y seguridad social de los trabajadores del Estado.

En la década de los 60's el Estado empieza a asumir la responsabilidad de proteger y mejorar el medio ambiente. Se crean dependencias y mecanismos administrativos y se ponen en vigor ordenamientos legales de los cuales se carecía, como son la Comisión Mixta Coordinadora, cuyas funciones eran realizar los estudios necesarios en materia de salud pública, asistencia y seguridad social; planear las activi-

dades a afectar en estos campos y coordinar las acciones de salud; dar las pautas para el establecimiento de los mecanismos o instrumentos necesarios para la implantación de un proceso de planeación dentro del sector público, en el ámbito de la salud y la seguridad social. Sin embargo, hasta la fecha estas funciones se han visto limitadas.

Durante el período del presidente Luis Echeverría no se estructuró un programa o plan de acción para el gobierno, sin embargo, la política económica se encaminó a mejorar el marco administrativo en que operaba, mediante las medidas de reforma y modernización de la administración pública y la variación de un nuevo mecanismo de control de la actividad de los organismos y empresas del gobierno.

La salud fué un objetivo prioritario, por lo que a partir del julio de 1973, en cumplimiento al compromiso del país ante la OPS, se organizó la Comisión redactora del Plan Nacional de Salud, para integrar Comisiones, Subcomisiones y Grupos de Trabajo encargados de compilar, estudiar y ajustar la documentación disponible para llegar a la formulación del plan.

El Plan Nacional de Salud se concibió como un documento flexible a las circunstancias y a los recursos disponibles durante su desarrollo, lo que habría de permitir manejar prioridades y ajustar las metas de conformidad con los requerimientos.

El soporte fundamental del Plan lo habrían de constituir el conjunto de programas de salud de todos los estados, en función de la dinámica y de los programas de los gobiernos locales, para llegar a la estructura de planes de salud en todos los municipios.

Los principios del Plan era: "la salud es el patrimonio máspreciado de los pueblos, insustituible en el desarrollo económico y social, se concibe dentro del marco ecológico en que el hombre se desenvuelve, trasciende el interés personal y se convierte en un bien colectivo, es un producto intersectorial, origen y consecuencia del desarrollo social" [4]

[4] Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Salud 1974-1983. México, 1973.

El Plan tendría vigencia de 1974 a 1983, y comprendía dos etapas de desarrollo, la primera correspondía a los años de 1974 a 1976 y la segunda de 1977 a 1983, en la que sería posible evaluar, después del Censo de 1980, los progresos y alcances de este Plan y los programas que lo instrumentaban. El contenido del documento consta de: la situación de salud, políticas, objetivos, metas, actividades, estrategias, organización, evaluación y programas.

Los objetivos del Plan eran: extender la cobertura de servicios sanitario-asistenciales a la totalidad de la población; transformar las condiciones adversas del medio en circunstancias propicias para la salud; incorporar a la población en el desarrollo de programas de salud, promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento de la productividad de los servicios, y aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones para mejorar la calidad de la misma.

Para lograr estos objetivos se establecieron las siguientes políticas: Incrementar las acciones educativas populares en favor de la salud individual y colectiva. Mejorar las con-

diciones nutricionales del pueblo en general, con atención preferente a los individuos económicamente débiles, a los niños y a las mujeres gestantes y en período de lactancia. Proteger la salud del grupo de población económicamente activa. Continuar con los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente. Preservar y mejorar la salud mental de la población. Mejorar las condiciones de la salud de las madres y niños. Alentar la participación activa de la población en los trabajos para la salud mediante el servicio voluntario. Reforzar la lucha contra las enfermedades transmisibles. Vigorizar la lucha contra las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes. Reducir el número de accidentes. Ampliar la cobertura y eficiencia de la atención médica. Reducir la invalidez en todas las etapas de la atención médica. Fomentar la investigación en el campo de la salud. Formar equipos de personal en función de las necesidades de la comunidad. Mejorar la información estadística para la salud. Mantener en revisión constante las disposiciones legales para la salud. Hacer del deporte y la recreación actividades cotidianas que contribuyeran a la conservación y mejoría de la salud física y mental. Y aplicar técnicas modernas de administración para elevar la productividad de las unidades de atención médica.

Durante el mismo periodo se formularon diversos programas de salud rural, estableciendo un sistema de prestación de servicios mínimos de salud, con base a la participación activa de las comunidades, que sirvieran para detectar y aliviar las necesidades más apremiantes de la población, estos servicios comprendían las siguientes actividades: atención de la morbilidad prevalente, atención al embarazo y puerperio, planificación familiar, vacunación y vigilancia del desarrollo de la población infantil, y educación para la salud.

Sin embargo, estos planes resultaron ser sólo documentos con planteamientos propositivos, que no se convirtieron en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales; carecieron de un modelo general de salud para el país y no promovieron cambios relevantes en la organización de los sistemas de salud.

Hacia fines de los setenta, después de un decenio caracterizado por una política estatal que podría definirse como de "ensayo y error", en lo que al desarrollo general del país se refiere, y por el estancamiento de los servicios de salud, cuyo rezago en relación con las necesidades y demandas de la población era evidente, la coyuntura generada por

el rápido ascenso de México en el mercado petrolero, proporcionó al Estado la base material para reasumir la imagen de benefactor social.

Con base a las tendencias ajustadas, el Gobierno Federal se propuso, una vez más, ampliar la cobertura de los servicios públicos de salud, que para entonces amparaban al 61% de la población [5], "a través de un sistema por niveles de atención, con una adecuada coordinación institucional en los niveles local y regional, a fin de evitar duplicidad de funciones y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos" [6]. De la misma manera se anunciaba que "en la actualidad se dan pasos graduales hacia la integración del sector" [7].

[5] Aproximadamente, 42 millones de personas. De acuerdo a datos oficiales, la cifra se componía de 30 millones cubiertos por las instituciones de seguridad social y 12 por las instituciones de asistencia pública.

[6] Secretaría de Programación y Presupuesto. "Plan Global de Desarrollo". México, 1980.

[7] Ibidem.

En agosto de 1981, el presidente de la República creó la Coordinación General de los Servicios de Salud. En el "Programa de Acción", publicado por dicha coordinación en diciembre del mismo año, se señalaba que "convertir el ideal de la satisfacción de las necesidades de salud del pueblo en un hecho tangible y a un costo adecuado a nuestra economía, constituye la esencia del encargo presidencial de integrar los servicios de salud y examinar las opciones que permitan implantar el modelo más adecuado de atención a toda la población y promover el desarrollo del Sistema Nacional de Salud..." [8]

No obstante, la integración de los servicios de salud se refería únicamente a los servicios de atención médica, no se consideraban dentro de la integración, ni las funciones de asistencia social ni las de salubridad, así como tampoco se incluían las de seguridad social.

Además, se establecía que la integración de los servicios podría realizarse bajo dos modalidades generales: la orgánica o estructural y la programática o funcional.

[8] Coordinación General de los Servicios de Salud. Programa de Acción 1981-1982. México, 1981.

En diciembre de 1982, pocos días después de la toma de posesión del nuevo Gobierno de la República, el poder Legislativo aprobó la enmienda al texto constitucional, mediante la que se elevó al rango de la Carta Magna el derecho a la salud, como una nueva garantía social.

Con este marco, el Plan Nacional de Desarrollo del Ejecutivo Federal destacó que la acción gubernamental para garantizar la protección de la salud de la población se debía centrar en cinco grandes áreas:

- Impulso a las acciones preventivas.
- Reorganización y modernización de los servicios a través de la integración del Sistema Nacional de Salud.
- Consolidación del Sistema Nacional de Salud.
- Reorganización de la asistencia social.
- Formación, capacitación e investigación.

Para la integración del Sistema Nacional de Salud se ha seleccionado la modalidad de la articulación programática, "bajo un esquema de respeto a la autonomía de las entidades

del sector, en una estructura de atención de tres niveles" [9]. Por otra parte, las acciones para la consolidación del Sistema Nacional de Salud se refieren primordialmente a la sectorización, la descentralización o desconcentración del primero y segundo nivel de los servicios proporcionados a la "población abierta" [10] y el fortalecimiento de la infraestructura para esos niveles.

En sus orígenes (1980), el proyecto de integración del Sistema Nacional de Salud se relacionaba con un intento de reorganización de los servicios públicos de salud, como parte de la modernización y refuncionalización del Estado Mexicano. Más adelante (1981), se le visualiza dentro de la perspectiva de redefinición de la imagen benefactora, deteriorada por los sucesos que desde mediados de los sesenta han ocurrido en el país. Finalmente (1983), ya bajo la forma de un proceso "doble de integración-consolidación", se le asigna el rol estratégico de instrumento para la cristalización del derecho a la salud, que se imbrinca con el pa-

[9] Secretaría de Programación y Presupuesto. Plan Nacional de Desarrollo. México, 1983.

[10] El término se refiere principalmente a la población no protegida por la seguridad social. Asimismo, incluye a la que no tiene acceso a los servicios de salud de la medicina privada.

pel que debe jugar para realizar la nueva relación entre el Estado y la sociedad y, al interior del Estado, entre los poderes federal, estatal y municipal.

Al mismo tiempo, el proceso de refuncionalización del aparato estatal se ha expresado en una profusa reforma administrativa, que ha esgrimido a la planificación de los servicios de salud como instrumento principal. Entendida como "herramienta de racionalidad", la planificación ha servido, sobre todo, para dirimir las contradicciones entre los grupos que actúan a la cabeza de las diferentes instituciones sanitarias del país.

Por ello el papel de la planificación en relación con el mejoramiento y ampliación de la atención a las necesidades y demandas de salud de la población, ha pasado a segundo plano. Los planes y programas han tenido la función de resolver -en el papel- las diferencias manifiestas en las tendencias del desarrollo de las instituciones de salud, para producir una imagen de coordinación, que sólo existe como producto racional.

Este hecho explica el origen y destino de los innumerables documentos de planeación que a partir de 1972 comenzaron a generarse: El Plan Nacional de Salud 1973-1982, el Plan Quinquenal de Salud 1977-1982, la política de salud del Plan Global de Desarrollo 1980-1982, el Programa de Acción del Sector Público de Salud (PASP), etc., etc.

III.2 Modelos de Atención a la Salud.

Contrariamente a la versión más difundida, el desarrollo de los servicios de salud en México ha constituido un proceso con objetivos no siempre unívocos y reales, con estrategias y políticas imprecisas y, en ocasiones, contradictorias, y con ritmos irregulares y diferenciados.

Los resultados reflejan desigualdades, que se expresan no sólo en la multiplicidad de instituciones de servicios de salud, sino, sobre todo, en la diversidad de tendencias para el desarrollo. De acuerdo a la agrupación hecha por López [11] Acuña, existen tres tipos principales de organismos de sa-

[11] Daniel López Acuña. "Servicios de Salud en México".
Revista de Política Sanitaria. E.U.A. Marzo, 1980.

lud: la Asistencia Pública, que incluye a la Secretaría de Salud (SSA), el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF) y los servicios de salud del Programa IMSS-COPLAMAR; la seguridad social, con entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de PEMEX y la Secretaría de Marina, y el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFAM). Finalmente, en un tercer grupo de incluyen los servicios médicos privados, algunos de ellos de gran poder como el caso del Hospital de México, la Central Médica del Sur, Hospital Los Angeles, y otros.

Cada uno de los organismos citados ha tenido propósitos originales que se diferencian notablemente de los de las demás instituciones. Este hecho se ha manifestado sobre todo en los ritmos, tendencias y características funcionales y económicas de su desarrollo, como se pudo observar en el capítulo anterior.

Los servicios de salud han reflejado con singular nitidez el desarrollo económico y social del país y las políticas aplicadas por el Estado Mexicano.

En términos generales, el desenvolvimiento de la atención médico-sanitaria se ha caracterizado por los siguientes patrones:

10. El avance de un modelo de atención fundamentalmente terapéutico, determinado, ante todo, por los servicios de salud de la seguridad social.
20. El retroceso de las formas colectivas en la atención preventiva, para dar paso a formas individuales, que, técnica y operativamente, son subordinadas por las acciones terapéuticas.
30. La creciente dependencia tecnológica, que se manifiesta no sólo en relación con los insumos para los servicios, sino principalmente en su orientación y organización.
40. Un avance importante de la medicina privada, al que ha contribuido directa e indirectamente la política estatal.

A partir de la segunda mitad de la década de los 30's, la intervención estatal en el desarrollo de los servicios de salud adquiere relevancia. Desde este punto de vista, el período 1935-1956 es señalado por la adopción de políticas

sanitarias contradictorias. En la primera parte del período, la gestión estatal se orienta al desarrollo de grandes campañas sanitarias, ligadas a la integración de la infraestructura productiva, primordialmente en el medio rural. Esta orientación se ve, además, fortalecida por la alianza con los grupos campesinos que sustentó el régimen cardenista.

No obstante, la línea anterior es relativamente abandonada a partir de 1940, y el énfasis se dedica a la formación de los servicios diferenciales de la seguridad social, que se orientaban a la protección y reproducción de la fuerza de trabajo urbana. En los últimos años del 40 y en toda la década siguiente, "el sector salud recibe muy baja prioridad de parte del Estado, se refleja en las reducidas proporciones del gasto público que se le destinan. Las instituciones estatales de atención médica crece lentamente" [12]

Además, el gobierno alemanista, portador de una política de liberalismo económico, pretendió "aumentar la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios

[12] Hernández Llamas, Héctor. "Historia de la participación del Estado en las Instituciones de atención médica en México 1935-1980. México, 1981.

[13] médicos" . Al manifestarse el fracaso de la política anterior, se trató de restablecer el impulso a la intervención del Estado en los servicios de salud.

Los sucesos continentales de fines del 50 y el ascenso de las luchas de trabajadores y pueblo en general, constituyeron de hecho el factor que definió la política social del régimen a principios del 60. La cobertura de los servicios de salud creció rápidamente. A esto contribuyó tanto la creación del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), como la reorganización del programa de servicios asistenciales para la población rural. En el primer caso, la decisión tuvo su origen en la necesidad -manifiesta para el Estado- de fortalecer la alianza con los trabajadores de la burocracia, la cual había sustituido a los campesinos como instrumento principal para la "reproducción ideológica" de la legitimidad del régimen, sobre todo después del movimiento magisterial y ferrocarrilero de 1957 y 1958.

[13] Ibidem.

La segunda decisión tuvo que ver con la marcada caída que se había observado en la producción agrícola, desde mediados del 50, y perseguía mejorar las condiciones de vida de la población campesina.

Durante el segundo lustro del 60, la política denominada del "desarrollo estabilizador" seguida por el Estado mexicano se manifestó en un impulso diferencial a las diversas instituciones de atención a la salud. Los institutos de seguridad social, después de haber registrado un espectacular crecimiento entre 1960 y 1964, atravesaron por una crisis, motivada principalmente por el descenso de las tasa de crecimiento de la población derechohabiente, como resultado del abatimiento del empleo en la industria. Los organismos de asistencia pública prácticamente no registraron crecimiento y muchas de las campañas sanitarias se deterioraron sensiblemente. En cambio, la medicina privada vivió un periodo de esplendor, ante el retroceso de los servicios públicos de salud. Al auge de la medicina privada contribuyó la política asistencial del régimen que abrió grandes centros para la investigación clínica y la preparación de especialistas médicos.

Por otra parte, es importante señalar el papel que comienza a jugar la industria químico-farmacéutica como "factor condicionante" del desarrollo de los servicios de salud. Después de mantenerse al amparo del crecimiento de las instituciones públicas hasta fines del 50, a partir de los primeros años del 60 comienzan a expandir sus ventas de medicamentos a los servicios de atención médica del Estado, principalmente de la seguridad social y para fines de la década las quintuplican, con lo que conquistan un mercado seguro para fundamentar su crecimiento posterior.

Además, cabe consignar que como resultado del movimiento médico de 1964-65, el Estado favoreció la creación de escuelas y centros de formación de profesionales de la medicina, cuya multiplicación espontánea había de favorecer la excesiva "medicación" de los servicios de salud hasta la actualidad.

La década del 70 se caracteriza por la crisis económica y política. Desde 1971 empiezan a manifestarse los síntomas de agotamiento del "desarrollo estabilizador", agudizados por la grave crisis que a nivel mundial atraviesa el sistema capitalista. La movilización de grupos de la sociedad,

particularmente obreros y estudiantes, se intensifica y se hace evidente la necesidad -para el Estado- de modernizar sus estructuras y refuncionalizar su papel. No obstante, los intentos se ven frustrados por la limitación de los recursos que impide contar con la base material para reconstruir la imagen del Estado benefactor. Hacia fines de la década y en los primeros años del 80, la inserción del país en el mercado petrolero, como uno de los principales productores del energético, amplía las posibilidades para la realización del proyecto modernizador. El fracaso evidencia la profundidad de las contradicciones del capitalismo en México.

La evolución de las instituciones de salud es afectada sensiblemente. Los servicios de salud de la asistencia pública permanecieron estancados, lo cual significó un retroceso real. Los servicios de la seguridad social evolucionaron lentamente hasta el año de 1978, para lograr después un avance importante, que permitió ampliar la cobertura en cerca del 60%. Por su parte, la medicina privada puso de manifiesto la potencialidad de su desarrollo, sobre todo en las condiciones de un modelo económico que ha agudizado la concentración del ingreso y la depauperación de las masas. La llamada clase media mexicana, así como algunos sectores

de la clase trabajadora se constituyeron en consumidores de la atención médica especializada, cuyos patrones tecnológicos son determinados más por las fuerzas de la racionalidad del lucro, entre las que destacan los intereses económicos de las transnacionales químico-farmacéuticas y las productoras de equipo y de grupos gremiales de la medicina, que por las necesidades y demandas de la población. Para el año de 1980, la cobertura de la medicina privada llegaba al 18% [14]; luego, ante los efectos de la crisis, este porcentaje bajó [15] al 10%.

La refuncionalización del Estado en el ámbito del sector salud, que cuenta con múltiples instituciones para la atención médico-sanitaria, ha implicado una especie de "reasignación de papeles" entre éstas. Tradicionalmente, se aceptaba que a la SS correspondía la atención de los núcleos rurales y la población emigrada a las urbes, como parte del ejército industrial de reserva; por otro lado, el cuidado de la salud de los asalariados urbanos, que cuentan con una

[14] Secretaría de Programación y Presupuesto. Plan Global de desarrollo. Política de Salud y Seguridad Social. México, 1980.

[15] Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Salud, 1984-1988. México, 1984.

relación formal de trabajo, se ha encomendado al IMSS; en tanto que el ISSSTE atiende a los trabajadores burócratas.

La ineficacia de la SS en el medio rural motivó la creación de un programa denominado "Solidaridad Social", cuyo desarrollo se encargó al IMSS [16], además de que con ello se pretendía crear la idea de que la alianza entre los trabajadores, patronos y gobierno, extendía la protección de la seguridad social a la población del campo. Para fines de 1980, dicho programa había alcanzado una cobertura en el medio rural superior a la alcanzada por la SS en 40 años. Como compensación "política", a ésta se le encomendó la ejecución de un programa denominado "Atención en Areas Urbanas Marginadas", mediante la instalación de unidades de primer nivel.

[16] En 1973, el H. Consejo Técnico del IMSS, órgano superior de su administración acordó la creación del programa de solidaridad social, mediante la construcción de 310 Unidades Médicas Rurales y 28 Hospitales de Campo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

III.3 Hacia una crítica del Modelo de Planeación en Salud.

En este marco, la Ley General de Salud, aprobada en diciembre de 1983 y vigente desde julio de 1984, ha definido al Sistema Nacional de Salud como el conjunto de "las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones".

Si se parte del concepto de que un sistema se encuentra integrado por componentes y relaciones, la definición del Sistema Nacional de Salud reduce las relaciones a su expresión meramente administrativa: la coordinación de acciones. De un solo golpe se evidencia la simplicidad del enfoque con que se ha acometido la modernización y refuncionalización del aparato estatal en general, y de los servicios de salud en particular.

Como se ha descrito, la conformación de las instituciones de salud ha obedecido a determinantes económicos y políticos.

Los factores administrativos no han sido decisivos. No obstante, se pretende hacer equivalente la construcción del Sistema Nacional de Salud a la solución de los aspectos administrativos, aún cuando es evidente que dicha solución no es posible si al mismo tiempo no se resuelven las determinantes económicas y políticas.

Pero además, dicho enfoque pone de manifiesto la concepción que el gobierno actual tiene acerca del papel del Estado en la organización y desarrollo de la sociedad. Conforme a ésta, el gobierno se realiza mediante el establecimiento de las reglas del juego y orientación en forma de leyes. Se pretende desconocer que en el Estado contemporáneo "el parlamento ha sido rebasado por el volumen y el tecnicismo de los cambios, (y que) la Ley pierde su permanencia y sólo es un medio de gobierno entre tantos otros" [17].

A pesar de esto, desde diciembre de 1982 se inició una profusa campaña de emisión de leyes, decretos y acuerdos con relación a los servicios de salud.

[17] Club Jean Moulin. "El Estado y el Ciudadano". Ed. Aguilar, Madrid, 1967.

En primer lugar, se elevó al rango constitucional el derecho a la salud. En la exposición de motivos que acompañó la propuesta del Ejecutivo se hacía notar que "la modernización de la legislación sanitaria ha sido preocupación constante" y destacaba los diversos avances que la misma a promovido. Más adelante se reconocía que "no obstante lo anterior, a menudo se antoja que los empeños y afanes no han alcanzado los frutos esperados, quedando aún muchos compatriotas sin recibir los mínimos de atención a su salud, básicamente por problemas de organización y administración"^[18].

No se trata, según la misma exposición de motivos, "de crear un aparato buracrático nuevo... sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de la autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones; en suma, para dar un uso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud"^[19].

[18] Estados Unidos Mexicanos. Poder Ejecutivo Federal. Exposición de motivos que acompañó a la propuesta de modificación del Artículo 4o. Constitucional. México, 1982.

[19] Ibidem.

La adición al texto constitucional estableció que "toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad en general...".

Con el fin de fortalecer el papel de la SS como Coordinador Sectorial, a los pocos días se presentó al Congreso la iniciativa para modificar el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes del Seguro Social y del ISSSTE.

La modificación consistió en designar al Secretario de Salud Consejero del Estado, tanto ante el Consejo Técnico del IMSS, como de la Junta Directiva del ISSSTE.

Asimismo, se modificó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, señalando a la SS las atribuciones de "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general... y normar y promover la asistencia médica y social...".

Dentro de la misma línea, se acordó que el DIF quedará integrado al Sector Salud Administrativo, como organismo descentralizado dependiente de la SS y se decretó la creación de la Subsecretaría de Planeación de la misma.

En enero de 1983 se instaló el Gabinete de Salud, con el propósito de que asumiera el papel de participante en la planeación del Sector Salud, que conduciría bajo la modalidad de agrupamiento por programas y funciones.

Se abrió entonces el proceso de convocatoria al foro de consulta popular para la planeación democrática de salud, que se llevó a cabo del 8 de febrero al 14 de mayo de 1983. Este evento dió inicio formalmente a la formulación del Programa Sectorial de Salud 1983-1988.

Para el efecto, se establecieron grupos interinstitucionales del Sector Salud, integrados con representantes de la SS, IMSS, ISSSTE y DIF. Los grupos interinstitucionales tendrían a su cargo el estudio y formulación de documentos programáticos en las áreas prioritarias del desarrollo del sector.

III.4 A modo de conclusion.

Las condiciones de salud de la población de México se han deteriorado, como resultado de la reducción del nivel de vida de la mayor parte de la población y del retroceso de los servicios públicos de salud. A esto ha contribuido no sólo la crisis, por la que atraviesa el desarrollo capitalista del país, sino también la política económica y social del gobierno mexicano.

Como se ha podido comprobar en los últimos años la modernización de los servicios de salud no ha podido resolver siquiera los problemas administrativos que afectan al sector, dado que las medidas de coordinación resultaron insuficientes para modificar las tendencias del desarrollo de los servicios de la diversas instituciones sanitarias, los avances logrados no compensan el costo económico -mucho menos el social- de la empresa. La expansión de los servicios públicos de salud se ha traducido en una mayor penetración en las relaciones de mercado, bajo la forma de un modelo de atención eminentemente terapéutico -con elevados consumos de medicamentos- sin resolver ni coadyuvar a la formación de la conciencia sobre las necesidades de salud entre la población.

La estrategia de construcción del Sistema Nacional de Salud, con base en la "integración programática" de las acciones de las diversas instituciones representa una versión refinada del proyecto de modernización del Estado. A diferencia de las coyunturas anteriores (1971 y 1977), se inscribe dentro de una política eminentemente liberal, que persigue reducir la intervención directa del Estado en la economía y para adoptar el papel regulador (legislativo) del desarrollo espontáneo de las fuerzas del mercado.

Tal proyecto no puede devenir en la formación de un Sistema Nacional de Salud, integrado y conducido bajo objetivos socialmente coordinados, sino en la prevalencia de las formas de prestación de los servicios que ofrezcan mayor rentabilidad económica. Además, con el fortalecimiento de la práctica privada de la medicina, que se ha registrado en los últimos años, puede afirmarse que ésta tendrá vía libre para determinar las características que habrán de asumir los servicios de salud en México.

Resumiendo, en consonancia al modelo de desarrollo del país, la planeación de la salud, la seguridad social y los servicios a la población, no ha recibido la atención que se

merece. Esta, ha respondido básicamente a la adecuación de su funcionamiento, de acuerdo a las políticas económicas y sociales, así como a la capacidad de negociación política del Estado.

IV. PROPUESTA AL PROCESO DE PLANEACION EN EL SECTOR SALUD

Como respuesta a la problemática planteada en los capítulos anteriores, y retomando la definición de planeación como un instrumento de racionalidad metodológica, en la primera parte de este capítulo se presenta una breve explicación del enfoque de sistemas, para proporcionar los elementos teóricos en los cuales se basa la propuesta del proceso de planeación en el Sector Salud. Posteriormente, se analiza funcionalmente el sistema a diseñar y se estructura a partir de la actual organización del Sector Salud.

IV.1 Marco Teórico General

La metodología propuesta para realizar el proceso de planeación en el Sector Salud se basa en el enfoque de sistemas, el cual no surge necesariamente como única alternativa pero sí proporciona elementos metodológicos que permiten mejorar algunas deficiencias o errores observados en el proceso que se ha llevado a cabo en el sector.

En principio consideraremos la siguiente definición de Sistema:

Un Sistema es un conjunto de dos o más elementos que satisfacen las siguientes condiciones:

1. La conducta de cada elemento tiene efecto sobre la conducta del todo.
2. La conducta de los elementos y sus efectos sobre el todo son interdependientes. Esta condición implica que el modo en que cada elemento se comporta y el modo como influye en el todo, depende de, al menos, de la manera en que se comporte otro elemento.
3. Sin importar cómo se formen los subgrupos de elementos, cada uno tiene un efecto sobre la conducta del todo, y ninguno tiene un efecto independiente sobre él.

[18] Ackof, R. "Rediseñando el Futuro".
Ed. LIMUSA. México. 1981.

De acuerdo con lo anterior, un sistema es un todo que no puede ser dividido en partes independientes. En consecuencia, dos de sus propiedades son: 1) Cada parte de un sistema tiene propiedades que se pierden cuando se separa del sistema; y 2) Cada sistema tiene algunas propiedades esenciales que no tiene ninguna de sus partes. Estas propiedades se derivan de las interacciones de sus partes, no de sus acciones consideradas por separado.

Las características fundamentales que integran el concepto de sistema son: elementos, atributos, nexos, organización, finalidad, totalidad, medio y subordinación.

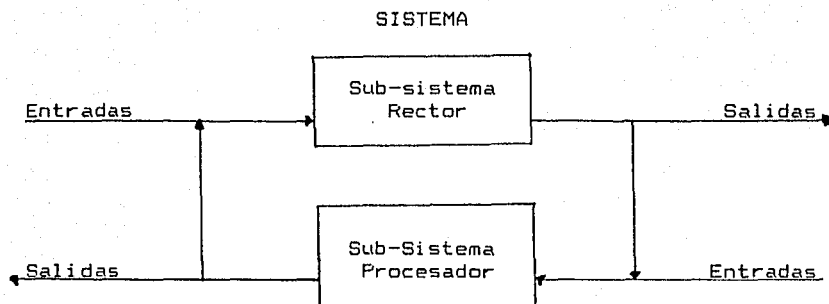
Asimismo, todo sistema lleva implícita una idea de ordenamiento. Este supone una estructura u organización, que responde al objetivo de funcionamiento del sistema, el cual posee una estructura con una determinada jerarquización de sus componentes, interacciones internas y externas. Este orden define de alguna manera, la actividad funcional del sistema objeto y el carácter de su relación con el medio al cual pertenece. De aquí se desprende que en la definición de un sistema es necesario considerar o establecer la jerarquía existente entre dos o más sistemas, así como su grado de

complejidad. Es decir, en todo sistema pueden identificarse dos grandes subsistemas, uno denominado el Director o Procesador y el otro denominado el Rector o Controlador. El primero es el que ejecuta o materializa los objetivos y el segundo es el que supervisa, mantiene la organización, procesa la información y retroalimenta las decisiones y orientaciones.

Las entradas y salidas del subsistema procesador adoptan diferentes formas, por ejemplo, sus entradas pueden estar dadas por diversos estímulos o acciones que recibe. Sus salidas constituyen los resultados del sistema que actúa de forma directa en relación con el medio en que se desenvuelve.

Respecto al subsistema rector o controlador, todo su proceso de trabajo está basado en informaciones y sus resultados constituyen también informaciones que llevan implícitas las decisiones efectuadas. (Ver Gráfica No. 1).

El caso que nos ocupa corresponde a una clase de sistema denominado "Sistema con Propósito", puesto que se tiene un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, y que



Gráfica 1. Funcionamiento e interrelaciones de un Sistema.

actúan con la finalidad de un objetivo, que es proporcionar servicios de Salud a toda la población del país; estos elementos son cuantitativa y cualitativamente diferentes y existen en determinado lugar y momento.

En el enfoque de sistemas se utilizan dos métodos: la síntesis y el análisis; sin embargo, en el esquema metodológico, así como en el desarrollo de éste trabajo, se consideran como dos procesos complementarios, ya que el primero permite identificar al objeto de estudio dentro de su contexto general, es decir, conocerlo como parte de un todo, y el segundo permite conocer el objeto como un todo que va a ser

explicado a partir de la división de sus partes, para determinar sus elementos, funciones, etc.

Los pasos fundamentales en la construcción del esquema propuesto son:

1. Identificar un sistema del cual el objeto que se va a explicar es una parte.
2. Explicar la conducta o las propiedades de los elementos del sistema.
3. Explicar la conducta o las propiedades del objeto que va a ser explicado, en términos de sus funciones dentro del sistema.

En esta secuencia, el análisis permite conocer la estructura del sistema, para describir cómo trabajan las cosas; mientras que la síntesis permite crear sistemas que operen como lo deben hacer, de acuerdo con la función asignada, considerando que lo importante son las interrelaciones funcionales de las partes del objeto focal y las interacciones de éste con los objetos del medio ambiente que lo rodea.

IV.2 Esquema del proceso de planeación propuesto

El esquema metodológico seleccionado, corresponde al modelo denominado "Sistema de Planeación Normativa" [20], cuyas características básicas son:

- Concebir a la realidad sistémicamente, de acuerdo con los principios de la Teoría de Sistemas.
- Considerar el proceso de planeación como un proceso de aprendizaje.
- Concebir al futuro como objeto de diseño y, por lo tanto, elegible, de tal forma, que a la luz del estado deseado que se diseña, se instrumenten los medios o acciones que permitan acercarse a él.

La elección de este modelo se basa en que estas características permiten realizar un proceso lógico de transformación, por medio de la adquisición de conocimiento, a partir de la definición funcional de la planeación misma.

[20] M. en I. Arturo Fuentes Zenon y Gabriel Sánchez Guerrero. Profesores de tiempo completo de la Subjefatura de Ingeniería de Sistemas, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Ingeniería, UNAM.

Asimismo, es un esquema que ha sido desarrollado bajo un análisis comparativo con otras metodologías empíricas, que permite detectar errores u omisiones importantes, dentro del mismo proceso de planeación.

La Planeación Normativa está integrada por tres fases: "Formulación del Problema", "Evaluación de Soluciones" y "Control de Resultados".

En la primera fase se hace el planteamiento de los problemas presentes y se analiza la razón de su existencia; en la segunda se plantean y juzgan las posibles formas de intervención (alternativas), y se realizan los desarrollos requeridos para su implementación; y, en la tercera y última de efectúan los ajustes o replanteamientos necesarios, al detectar errores, omisiones, cambios en el medio ambiente o en la estructura de valores, etc.

IV.2.1 Estructura de los subsistemas.

En el caso que nos ocupa, que es el diseño de un sistema de planeación aplicado a la salud en una concepción integral, se presentan a continuación las fases de la planeación así como los resultados que se obtendrían en su aplicación.

La primera fase denominada "Formulación del Problema", comprende las siguientes etapas:

1. Planteamiento de la situación problemática.- en esta etapa se pretende establecer el objeto focal de la planeación, es decir, concebir a la salud como el propósito fundamental a transformar.
2. Investigación de lo real.- aquí se sugiere indagar la situación en la que se encuentra el objeto focal, determinando los componentes de la salud, que permitirán conocer el fenómeno.
3. Formulación de lo deseado.- en esta etapa se plantea hacia donde se quiere llegar con los servicios de salud, con cada uno de sus elementos (prevención, rehabilitación, etc.).

4. Evaluación y diagnóstico.- en esta última etapa se evalúan los estados definidos en la etapa anterior, estableciendo las posibilidades de llegar al estado deseado, para disponer de un análisis completo del objeto de estudio.

A partir de esta etapa se llega a la segunda fase denominada "Evaluación y Diseño de Soluciones", la cual consta de cinco etapas:

1. Generación de alternativas
2. Evaluación de alternativas y selección
3. Plan estratégico
4. Desarrollo de la solución
5. Análisis de contingencias

En la primera etapa se diseñan las diferentes alternativas de solución, como son la estructura de los servicios, los niveles de atención, los núcleos de población, etc., con los criterios y restricciones inherentes a cada uno de ellos, como podrían ser la ley de la Administración Pública, las leyes de salud, etc.; y se deben plantear los posibles

resultados de cada una de las alternativas sugeridas. En la 2a. etapa, se evalúan las alternativas con sus respectivos resultados, para seleccionar sólo una de ellas y llevarla a cabo. La 3er. etapa consiste en la presentación ordenada de los objetivos que se persiguen, los resultados del diagnóstico y las ventajas de la opción seleccionada. En el desarrollo de esta etapa, es necesario complementar la solución elegida, con la implementación de acciones, que si bien no forman parte directa de los objetivos, como el la capacitación de los médicos, enfermeras y paramédicos, la adquisición de medicamentos y material de curación, equipo médico, de laboratorio, etc., que necesariamente implican el desarrollo de programas con proyectos específicos, con la descripción de recursos necesarios para su cumplimiento, así como la dependencia entre las diferentes actividades que conforman el plan estratégico. Este contempla no solo el desarrollo de estos programas a corto plazo, sino también la organización para llevarlo a la práctica. De aquí se desprende, como veremos más adelante, la necesidad de reorganizar al sector salud.

En el análisis de contingencias, se deben contemplar todas las posibilidades de ocurrencia de eventos que pudieran

modificar el plan seleccionado, de tal forma que se pueda dar una respuesta oportuna y eficaz en la implantación y operación de las soluciones.

La 3era. y última fase "Control de Resultados", pretende establecer un sistema de control que permita contar con un instrumento que proporcione información sobre los cambios o resultados no planteados. Se conforma de dos etapas: el diseño del control, por medio de un sistema de información, que funcione como sistema de control del programa implementado, y la evaluación de resultados y adaptación, cuyo propósito es comparar lo planeado con lo alcanzado, para realizar los ajustes necesarios al programa, o bien, replantear, en su caso el problema o solución propuesta.

IV.3 Definición del Sistema Propuesto.

Con base en el esquema descrito, a continuación se desarrolla el diseño del sistema de los servicios de salud.

La concepción de los fines del Sistema de Planeación de los Servicios de Salud, se llevará a cabo delimitando las acti-

vidades de las entidades e instituciones públicas que actualmente conforman el Sector Salud, con base en las funciones fundamentales que permitan el logro de los objetivos planteados en la definición del objeto de estudio. Así mismo, se establecerán los niveles de aplicación de cada una de éstas, definiendo como unidades sujeto al individuo, la familia y la comunidad.

IV.3.1 Funciones y características del estado ideal o normativo.

Con el propósito de fortalecer la política económica y social del Estado, que coadyuve al desarrollo social de la comunidad, proporcionando el acceso a la satisfacción de los mínimos de bienestar, el sistema de planeación que se propone tendrá como objetivo principal: Generar, adecuar y difundir los planes y programas a corto, mediano y largo plazo, así como los objetivos, políticas y estrategias del Sistema Nacional de Salud, y realizar el control y evaluación de los productos y resultados, a fin de incorporar las medidas correctivas correspondientes, bajo la misma metodología adoptada en todas las entidades que conforman el sistema.

Por un lado los objetivos específicos del sistema de planeación son entonces:

- 1) Establecer el marco jurídico para el proceso de planeación en el Sistema Nacional de Salud.
- 2) Definir y/o adecuar las bases jurídicas y normativas para la planeación y programación-presupuestación.
- 3) Definir objetivos, estrategias, políticas y líneas de acción de los servicios de salud.
- 4) Establecer demandas concretas en relación con las estrategias y programas.
- 5) Elaborar propuestas concretas para la participación de la comunidad en la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud.

Por otro, el Sistema de Salud tiene las siguientes funciones:
[21]

- A) Promoción de la Salud.
- B) Prevención de las enfermedades.
- C) Servicio Médico. (Que incluye atención dental, servicios de salud mental y atención a enfermedades crónicas).
- D) Rehabilitación.
- E) Protección a incapacitados y deshauciados.
- F) Recreación.
- G) Protección a los medios de subsistencia. Como son las prestaciones económicas por enfermedad, maternidad, vejez, cesantía, muerte y accidentes de trabajo.

[21] TERRIS, Milton
La Revolución epidemiológica y la Medicina Social
Ed. Siglo XXI. México. 1980.

ZHILINSKAS, Yvozas
Metodología de planificación y financiamiento de Salud Pública Soviética y sus aspectos económicos. Habana, Cuba. 1979.

IV.3.2 Criterios o atributos de los elementos del sistema.

[22]

Como criterios básicos se establecen:

- A) La protección de la salud es responsabilidad del Estado.
- B) Los servicios de salud estarán a disposición de toda la población.
- C) La comunidad participa en los programas de salud.
- D) La ciencia médica será la base de la administración y del trabajo en los servicios de salud.
- E) Los servicios de salud tendrán un carácter preventivo-terapéutico.
- F) El sistema de financiamiento será tripartita, es decir, deberán colaborar el Estado, los patrones y los trabajadores.

[22] Idem.

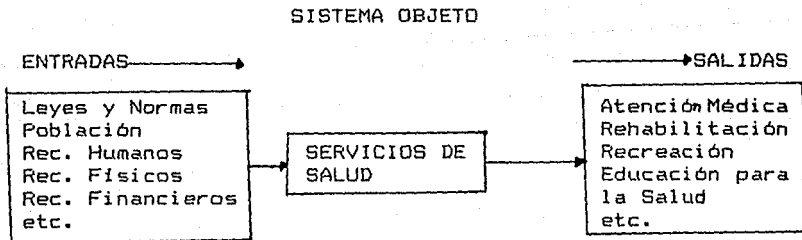
- G) Los servicios de salud serán planificados, con base a la investigación médica, psicológica, farmacéutica, ecológica y tecnológica para la sustitución de importaciones y la actualización de tratamientos terapéuticos, así como de instrumental y equipo médico.
- H) Y, por último, los servicios de atención médica deberán responder a cuatro principios o valores sociales, independientemente de si son públicos o privados: responsabilidad personal, interés social, libertad e igualdad.

IV.3.3 Elementos o componentes del Sistema.

En primera instancia, las entradas al subsistema Procesador, serán las disposiciones legales y normativas en materia de salud, las políticas financieras y los lineamientos generales de planeación, programación, presupuestación, evaluación y control de los programas de atención a la población, emitidas por la Comisión de Salud o subsistema Rector.

Por otra parte se tendrá también como entradas la población total del país, los recursos humanos, físicos y financieros disponibles dentro del sector, (sumando las disponibilidades de cada una de las instituciones involucradas), la incidencia de padecimientos o las tasas de mortalidad y morbilidad por grupos de edad y sexo, así como por causas, etc. Como productos o salidas se tendrán los servicios de atención médica, de rehabilitación, promoción, etc., de acuerdo a las funciones establecidas. (Ver Esquema No. 1).

Sin embargo, hay que recordar que en todas las sociedades, sus miembros están diferenciados en categorías, según criterios biológicos y sociales, desde la división fundamental por edad y sexo en las sociedades simples, a complicadas



Esquema No. 1 Sistema Propuesto.

divisiones por clase social en las sociedades industriales, atribuyendo a dichas categorías distintos grados de importancia social.

Las desigualdades de morbilidad entre la clases sociales permanecen. Las costumbres que afectan a la salud están entrelazadas con los factores económicos y biológicos. La combinación de los factores físicos, sociales y culturales produce complicados efectos. Así las desigualdades entre las clases en los índices de enfermedad y muerte infantil resultan incrementadas con la gravedad de la enfermedad. Las costumbres de un pueblo afectan su salud física de forma obvia.

El desempleo y el subempleo, la falta de nutrientes básicos, la carencia de vivienda confortable y con los servicios necesarios, el transporte insuficiente y deficiente, los efectos nocivos de la contaminación ambiental y los bajos niveles educativos repercuten en la salud de la población, configurando cuadros patológicos que encuentran su explicación en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

La problemática de salud derivada de las características del desarrollo en nuestro país no afecta en igual forma a los distintos grupos sociales presentes en la sociedad mexicana.

Por lo tanto, se puede afirmar que existe una situación diferencial entre los diferentes grupos de población, zonas y territorios, respecto a la morbilidad, la esperanza de vida, el acceso real a los servicios médicos, etc., por ello, se propone que los servicios de salud se establezcan a diferentes Niveles de acuerdo al siguiente esquema:

		NIVELES O UNIDAD SUJETO		
		INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNIDAD
FUNCIÓN	Promoción =====>			*
	Prevención =====>	*		*
	Curación =====>	*		
	Rehabilitación =====>	*	*	
	Recreación =====>	*	*	
	Protección =====>	*		

Esquema No. 2 Distribución Funcional por Niveles.

Como se puede observar en el esquema, la Promoción de la salud, deberá dirigirse hacia la comunidad, en función de las características culturales, sociales, etc., de cada una de ellas, que se verán reflejadas en la incidencia de ciertos padecimientos en los individuos y sus familiares.

Respecto a la función de Prevención, estará dirigida, tanto a la comunidad, como a los individuos, de acuerdo con las necesidades específicas de salud de la población. Por ejemplo, las campañas de vacunación se dirigirán a los individuos menores de seis años de edad; y las campañas de detección de padecimientos, será al total de la comunidad, o, en

su caso, a una muestra representativa de ella, si su tamaño lo impide por limitaciones financieras.

La función Curativa estará dirigida específicamente a los individuos que presenten una enfermedad, y cuyo tratamiento será continuo, hasta que sean eliminados completamente los síntomas y secuelas de dicho padecimiento.

En la función de Rehabilitación se actuará a dos niveles: individual y familiar. En este caso es importante enfatizar que una vez detectado y tratado algún padecimiento, el individuo necesitará de programas de rehabilitación, puesto que siempre existen repercusiones físicas y psicológicas después de una enfermedad, que le dificultan reintegrarse a la vida cotidiana y al mercado laboral. Los programas dirigidos a la familia, estarán orientados hacia la generación y fomento del apoyo necesario a las personas con padecimientos crónicos, así como también a la capacitación en las técnicas o métodos para el tratamiento de estos.

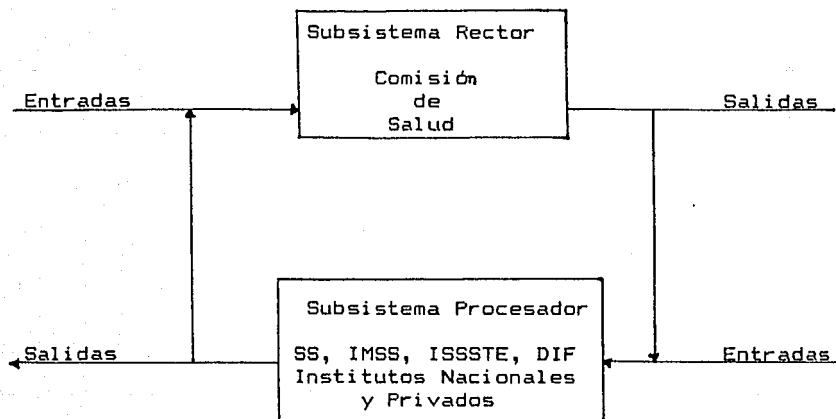
Respecto a la Recreación, ésta deberá aplicarse, tanto a nivel individual como al familiar, para alcanzar la adecuada

integración de los individuos con su medio, y a las familias para su integración al interior de sí mismas y con la comunidad.

Por último, la función de Protección, estará dirigida sólo al nivel individual, puesto que ésta es la unidad básica dentro de la participación de la población en el mercado de trabajo, y que se refleja al nivel familiar al contar con un ingreso económico, ya sea de uno o varios de los integrantes de la familia, que les permite abastecerse de los bienes y servicios necesarios para su bienestar.

IV.3.4 Estructura del Sistema Propuesto.

Dentro del Esquema No. 3 del Sistema Nacional de Salud propuesto se establecen principalmente dos niveles jerárquicos, el Subsistema Rector o Comisión de Salud, y el subsistema Procesador, que comprende a todas las entidades del sector como son: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional de Integración Familiar y los Institutos Nacionales de Cardiología, Pediatría, Perinatología, Cancerología, Neurología,

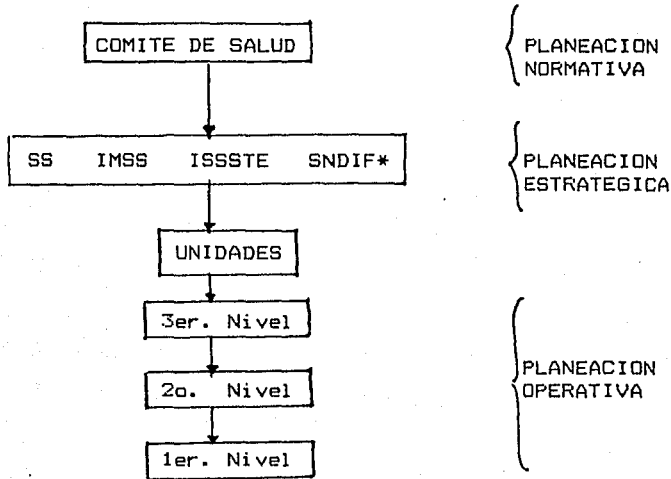


Esquema No.3 Sistema Nacional de Salud propuesto.

etc. El Subsistema Procesador es el que llevará a cabo la prestación de los servicios establecidos con base en las funciones definidas y delimitadas por un tipo de planeación, acorde con los niveles de operación de los servicios de atención a la población, como se muestra en el esquema No. 4

Dentro de este esquema los tipos de planeación responderán a los principios establecidos por R. Ackoff^[23], y en los cuales establece que la planeación normativa requiere de una

[23] Ackof, R. "Planificación de la Empresa del Futuro". Ed. LIMUSA, Mexico, 1983.



Esquema No. 6 Estructura organizativa del Subsistema Rector.

- * Comprende a los Institutos Nacionales de: Cardiología, Pediatría, Perinatología, Neurología, Neurocirugía, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, etc. y el DIF.

selección explícita de medios, metas, objetivos e ideales; se extiende por un periodo indefinido, y tiene que ver con todas las relaciones internas y externas, incluyendo las relaciones entre el sistema y su medio ambiente. La planeación estratégica consiste en seleccionar medios, metas y objetivos, que permitan alcanzar los fines establecidos en

el nivel superior; es para periodos de mediano alcance, y comprende las relaciones internas del sistema como un todo y su medio ambiente, con el cual interacciona directamente y sobre el cual tiene cierta influencia. La planeación operacional se dirige a los subsistemas del sistema procesador para el que se planea, tratándolos independientemente, es decir, cada unidad selecciona los medios necesarios para alcanzar las metas establecidas por el nivel superior.

En la estructura propuesta se mantienen los niveles de atención operativa (1o., 2o. y 3o. ya implantados en el sector salud), porque creemos que esta organización permite cumplir con las nuevas funciones, siendo el 1er. nivel el responsable de proporcionar atención a la familia y a la comunidad; el 2o. nivel al individuo y el 3er. nivel al individuo y sus familiares. Esto permite una implantación más rápida y fácil, ya que no involucra grandes cambios a nivel operativo, que es el más importante en cuanto a que es el que está directamente relacionado con la población.

La implantación y distribución de estas áreas de competencia se deberán establecer a tres niveles: Federal, Regional y Municipal, al primero le corresponderán las funciones de

legislar y programar con las siguientes finalidades y modalidad: a) coordinar la intervención sanitaria con las acciones de los otros sectores económicos, sociales, así como con los organismos de salud de los estados o las regiones; b) unificar la organización de los servicios de salud por territorios y funciones adecuando las normas a las exigencias de las situaciones regionales particulares; c) asegurar la correspondencia entre costo de los servicios y sus relativos beneficios, en concordancia con las funciones generales del estado normativo del sistema.

En el nivel Regional se desarrollará la actividad según el método de la programación anual (Planeación Táctica y Operativa), con participación democrática, en armonía con las respectivas normas.

Para tal fin, en el ámbito de los programas regionales de desarrollo, deberán existir planes de salud regionales, acordes con las necesidades determinadas por la población local, las universidades presentes en el territorio regional, las organizaciones sociales y los trabajadores de la salud.

Las instituciones del ámbito regional tendrán las siguientes funciones de planeación:

- a) Difundir, implantar y vigilar la aplicación de las políticas y programas emitidos por el nivel central.
- b) Identificar las necesidades de recursos físicos y humanos de la región.
- c) Capacitar a los recursos humanos mediante estrategias de inducción al puesto.
- d) Organizar reuniones con los grupos multidisciplinarios, (representantes de las localidades, universidades y organizaciones sociales).
- e) Evaluar el grado de cumplimiento de las metas, coberturas alcanzadas, mediante las actividades médico preventivas, educativas y comunitarias de los niveles operativos local y regional.
- f) Determinar la problemática que limita en los diferentes niveles el desarrollo de los programas.

- g) Elaborar el diagnóstico de salud integrando los diagnósticos desarrollados en las localidades que comprenden la región.
- h) Supervisar, asesorar y capacitar al personal para la adecuada implantación de los programas.
- i) Establecer sistemas de control mediante sistemas de información.

Los municipios ejercerán todas las funciones en materia de higiene, educación para la salud, la prevención y rehabilitación que no estén expresamente reservadas al Estado y a las regiones y, sobre todo, actuarán a través de las unidades locales, cuyas características corresponderán al desarrollo económico de la comunidad, donde las áreas eminentemente rurales deberán contar con unidades cuyos recursos básicos sean un médico y un auxiliar de enfermería.

Y cuyas funciones dentro del sistema de planeación serán:

- Elaborar el diagnóstico de salud de la población.

A partir de la Ley de Planeación, promulgada en 1983, y la definición del Sistema Nacional de Planeación Democrática, se define que el Sistema de Planeación de los Servicios de Salud deberá ser un subsistema del anterior, como parte fundamental del denominado "Sistema Nacional de Salud", conformado por las diferentes instituciones del sector.

IV.5 En Resumen

Los problemas de la salud, son esencialmente sociales y no se pueden solucionar más que en términos de un sistema social. La tarea de los responsables de la salud consiste en convencer a la sociedad de tomar las medidas sociales adecuadas, gubernamentales o de otro tipo, para solucionar los problemas específicos de salud y participar en la implementación del sistema.

Cuando se tenga un programa de atención a la salud, que cubra todos los servicios para la toda la población, financiado por el seguro social y por fondos de los impuestos generales, la atención de la salud dejará de ser un bien que se compra en el mercado o una limosna que se da de mala gana a quienes acepten la humillación de una investigación de

disponibilidad de ingresos económicos, para transformarse en un derecho de toda la población.

En la medida que los servicios se vean mejor organizados, la dotación de personal debe ser suficiente para atender el tiempo necesario a cada paciente, al mismo tiempo que las instalaciones deben asegurar intimidad y dignidad a todos los que estén en tratamiento.

Si la atención médica ha de convertirse en atención a la salud, sus alcances tendrán que verse considerablemente expandidos. La preocupación por el tratamiento no deberá referirse únicamente al interés por eliminar e interrumpir el proceso patológico, sino también deberá incluir la rehabilitación del paciente al máximo nivel posible de su función social. Asimismo la atención deberá sustentarse en sistemas de verificación y control, funcionales e integrados, de manera de facilitar el progresivo mejoramiento de los servicios de salud para hacerlos accesibles a todos, así como, establecer la prioridad de acciones a favor de los sectores menos dotados. En fin, tendrá que considerar a los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, obstétricas,

auxiliares, asistentes sociales y también trabajadores no profesionales) asegurando que tengan todos una formación social técnica idónea para trabajar en equipo y responder a las necesidades de salud de la colectividad. Estas medidas implicarán un profundo cambio del objetivo, los fines y los métodos de atención a la salud.

Combatir la enfermedad hoy, significa transformar profundamente la vida de los hombres, las relaciones entre los mismos y su ambiente. Esto, no es solamente deber de la medicina, sino de toda la sociedad; es un problema de transformación económica, política y social, que garantice una planeación, dirección e implementación de los servicios en términos de salud como un todo integral.

Los problemas de salud, no sólo exigen conocimientos científicos y técnicos, sino también la acción política que se encuentra íntimamente ligada a la organización social y al conocimiento científico, considerando la dinámica y las implicaciones de la estructura de la sociedad, puesto que los sistemas no son fijos e inmóviles: existe en ellos un continuo proceso de revisión o cambio y el cambio de un sistema a otro se da progresivamente.

Para la salud, confiar la gestión a los órganos descentralizados del Estado, será consecuencia directa de la instalación conceptual y científica de la planeación del Sistema Nacional de Salud, en la articulación del Estado y de la vida social.

V. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

El lograr la implementación de un Sistema de Planeación dentro del denominado Sistema Nacional de Salud, permitiría unificar los métodos para la planeación de la salud, con una base científica, tanto en lo que se refiere al análisis de regularidades y tendencias, como en los balances para determinar objetivos reales. Asimismo, la rigurosidad metodológica se refiere a la objetividad de estrategias y políticas y a la integración de una apertura programática que corresponda a leyes y fenómenos de la salud y la enfermedad.

Ante la inquietud que ha surgido acerca de la posible privatización de los servicios de atención a la salud, considero que el sistema propuesto se adaptaría a la reorganización que surgiría necesariamente dentro del Sector Salud, ya que los elementos considerados en el diseño son aplicables a cualquier tipo de organismo, sin importar su carácter estatal o privado. Asimismo se podría reforzar esta afirmación, si dentro de ésta reestructuración se considerara necesario primero integrar un organismo denominado Comisión de Salud, con la participación tanto del Estado y los organismos privados, así como de la población por ser ésta la directa-

mente afectada por los servicios que se proporcionarán. De ésta manera, se contaría con un Sistema Controlador encargado de procesar y emitir la información en forma de decisiones tendientes a mejorar el Sistema. Segundo, el Sistema Procesador estaría conformado por todas las instituciones estatales y/o privadas, encargadas de proporcionar servicios de salud, delimitando las funciones de cada una de ellas, de acuerdo a la estructura funcional establecida.

ANEXO ESTADISTICO

P.P.P.

CUADRO No. 4
 POBLACION DERECHOABIENTE Y SU RELACION POR HABITANTES
 POR ENTIDAD FEDERATIVA
 1978, 1980 y 1984 (*)
 (HIPOTESIS PROGRAMATICA, MILES DE HABITANTES)

ENTIDAD FEDERATIVA	1978		1980		1984	
	No. HAB.	No. DER.	No. HAB.	No. DER.	No. HAB.	No. DER.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	63,470	20,500	71,025	29,110	82,295	35,460
AGUASCALIENTES	466	154	3,025	541	2,071	411
BAJA CALIFORNIA NORTE	1,163	331	2,192	1,227	1,332	1,024
BAJA CALIFORNIA SUR	196	56	3,505	224	1,336	260
CAMPECHE	342	99	3,505	430	3,494	314
COAHUILA	1,468	691	1,658	1,035	1,420	1,772
COLIMA	320	52	3,475	241	2,007	391
CHIHUAHUA	2,000	259	6,750	2,195	5,054	2,750
CHURUBUSCO	1,995	644	2,950	2,090	2,186	2,171
DISTRITO FEDERAL	8,941	5,648	17	9,197	9,420	17
DURANGO	1,130	262	3,207	1,232	504	1,309
GUERRERO	2,896	507	4,807	3,132	3,254	3,339
GUANAJUATO	2,056	201	7,271	2,190	2,04	2,370
HIDALGO	1,461	292	6,062	1,615	3,366	1,714
JALISCO	4,133	1,252	3,305	4,555	1,016	3,499
ESTADO DE MEXICO	6,525	2,629	2,924	7,032	10,757	9,699
MICHUAN	2,914	427	6,013	2,309	415	3,081
MORELOS	157	270	3,045	907	307	2,306
NAYARIT	295	202	3,440	277	215	602
NOBUO LEON	2,207	1,104	1,949	2,619	1,656	2,901
ORIZACA	2,444	214	11,027	2,409	415	2,552
PUEBLA	2,136	546	3,744	3,400	919	3,132
QUERETARO	674	167	3,597	771	341	3,096
QUINTANA ROO	167	47	3,505	256	132	1,634
SAN LUIS POTOSI	1,299	304	3,235	1,744	479	3,497
SINALOA	1,743	703	2,901	1,970	903	2,184
SONORA	1,427	665	2,145	1,500	1,016	1,336
TABASCO	1,027	174	3,072	1,103	367	2,651
TAMOLIPAS	1,050	705	2,624	2,005	924	1,966
TLANCANT	526	25	19,704	330	100	4,145
VERACRUZ	4,761	1,109	1,779	5,015	1,721	2,664
YUCATAN	479	467	1,175	1,109	1,099	1,396
ZACATECAS	1,124	156	31,225	1,105	210	3,599

(*) Solo incluye poblacion derechoabiente del INSS e ISSSTE.
 * Para efectos comparativos se considero la poblacion estimada por CONAPO para 1977.
 † No se calcula ya que las cifras incluyen poblacion derechoabiente del Valle de Mexico.
 FUENTE: 1970 IX CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA. INSSER GENERAL, D.O., S.A.C.
 SEP, INEHI - CUADERNO No. 2 DE INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, MEXICO, D.F., 1976.

PERSONAL MEDICO DE LABOR EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL SECTOR SALUD
 REG.4 ESPECIALIDAD POR INSTITUCION
 1967-1984

INSTITUCION	1 9 7 0						1 9 8 0											
	TOTAL	MEDICOS GENERALES	MEDICOS ESPECIAL.	ECUOS- LUGOS	PASANTES EN LABOR	PASANTES EN LABOR	TOTAL	MEDICOS GENERALES	MEDICOS ESPECIAL.	ECUOS- LUGOS	PASANTES EN LABOR	PASANTES EN LABOR						
TOTAL	34,026	12,342	9,818	1,816	1,461	2,198	15,498	12,645	1,223	26,325	1	1	1	1	1	1		
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	26,020	12,275	8,460	1,277	1,201	1,827	17,276	13,240	10,878	1,111	18,247	2,686	44,276	18,021	12,413	1	1	1
I.N.S.S. 47	11,740	7,921	2,326	520	484	375	13,552	7,170	7,421	787	16,851	2,322	21,972	7,241	7,646	739	6,278	7,629
I.S.S.E.T.E.	7,672	1,747	1,176	159	222	268	7,949	2,621	2,224	11	2,251	212	16,163	7,172	2,221	n.d.	n.d.	n.d.
P.E.M.E.L.	774	269	227	25	114	41	1,814	547	537	33	226	124	2,222	363	359	127	181	202
S.S.M.	224	227	222	24	41	-	876	125	127	127	57	-	1,225	422	426	264	23	-
S.M.	226	72	26	22	48	17	168	125	125	59	112	16	527	225	71	59	120	21
INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL	7,274	2,224	1,799	276	2,272	273	12,146	5,120	4,727	122	12,268	1	1	1	1	1	1	1
S.S.A.	6,227	2,212	1,182	240	2,229	242	19,127	4,278	2,226	2	12,076	297	19,297	4,295	4,272	2,114	6,128	1,225
S.M.R.I.F.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	928	225	224	52	81	72	215	125	20	n.d.	n.d.	n.d.
S.P.F.	1,027	242	627	36	72	30	1,811	427	1,167	67	112	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

NOTA: 1 NO SE OBTIENEN TOTALES POR FALTA DE DATOS.

2 CONTIENE EN MEDICOS ESPECIALISTAS.

3 INCLUYE MEDICOS RESIDENTES, PASANTES EN SERVICIO SOCIAL E INTERIROS DE PROPRIO.

n.d. NO DISPONIBLE.

- NO SE CAPTO LA INFORMACION.

FUENTE: SSP, INEGI CUADROS No. 3, 4 Y 5. INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. MEXICO, D.F. 1984, 1985 Y 1986.

47 INCLUYE INES-COPLANAR E INSS-COASAPD.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL SECTOR SALUD
 REGIM. ESPECIALIZADO POR INSTITUCIÓN
 1984-1984

INSTITUCIÓN	1 9 7 0					1 9 8 0					1 9 8 4				
	TOTAL	MÉDICOS GENERALES	MÉDICOS ESPECIALIZADOS	CONTO- LADOS	PRESENTE EN DE MED. NO MÉDICAS	TOTAL	MÉDICOS GENERALES	MÉDICOS ESPECIALIZADOS	CONTO- LADOS	PRESENTE EN DE MED. NO MÉDICAS	TOTAL	MÉDICOS GENERALES	MÉDICOS ESPECIALIZADOS	CONTO- LADOS	PRESENTE EN DE MED. NO MÉDICAS
TOTAL	(1)	129,000	129,000	1,000	129,000	129,000	(1)	129,000	129,000	129,000	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	(1)	77,601	69,411	69,722	71,742	74,141	(1)	68,772	67,411	70,111	68,172	(1)	(1)	(1)	(1)
I.M.S.S. #1		46,731	57,111	42,171	44,221	54,321	72,141	69,411	68,722	69,141	74,461	37,661	19,071	22,081	31,011
I.M.S.S. #2		14,721	14,721	18,121	18,121	18,741	20,071	19,621	21,041	8,191	22,221	7,431	22,661	29,551	27,041
P.E.M.E.S.		3,071	2,221	4,221	2,671	2,671	3,011	4,221	5,271	5,421	1,221	3,071	2,371	4,071	4,371
S.S.A.		2,421	2,121	2,361	4,471	1,221	(1)	2,271	4,111	3,261	11,421	3,271	(1)	2,221	2,221
S.N.		0,741	0,721	2,821	1,771	1,501	1,041	1,121	1,501	1,161	5,211	0,771	3,661	1,121	1,221
INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL	(1)	16,121	18,111	19,371	20,121	(1)	(1)	21,221	20,521	1,271	15,321	(1)	(1)	(1)	(1)
S.S.A.	(1)	10,521	14,271	(1)	14,671	(1)	(1)	15,211	16,221	(1)	16,111	(1)	(1)	(1)	(1)
S.N.S.I.F.	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	2,711	7,421	(1)	0,661	(1)	(1)	(1)	(1)
S.O.F.	(1)	4,421	22,411	(1)	2,171	6,611	(1)	9,241	21,221	(1)	1,221	(1)	(1)	(1)	(1)

(1) NO SE CALCULA POR FALTA DE DATOS.

CUADRO No. 1

 DEFUNCIONES GENERALES, DISTRIBUCION PORCENTUAL
 Y TASA BRUTA DE MORTALIDAD * POR ENTIDAD FEDERATIVA
 1976, 1980, 1982

ENTIDAD FEDERATIVA	1976	I	tbm	1980	I	tbm	1982	I	tbm
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	455,660	100.00%	7.48	434,464	100.00%	6.24	412,345	100.00%	5.65
AGUASCALIENTES	3,522	0.77%	7.44	3,397	0.78%	6.28	3,149	0.76%	5.47
BAJA CALIFORNIA NORTE	6,743	1.48%	6.16	6,779	1.56%	5.53	6,546	1.59%	6.21
BAJA CALIFORNIA SUR	1,354	0.30%	6.25	1,211	0.28%	5.41	1,180	0.29%	4.80
CAMPECHE	1,894	0.42%	5.73	2,291	0.53%	5.24	2,136	0.52%	4.49
COAHUILA	10,151	2.25%	7.59	9,837	2.26%	6.07	9,241	2.24%	5.44
COLIMA	2,277	0.50%	8.45	2,448	0.56%	6.79	2,189	0.53%	5.83
CHIAPAS	12,552	2.75%	7.34	12,602	2.90%	5.80	13,101	3.18%	5.80
CHIHUAHUA	13,396	2.94%	6.88	13,362	3.08%	6.40	12,654	3.07%	5.94
DISTRITO FEDERAL	51,284	11.25%	6.35	49,848	11.47%	5.43	47,715	11.57%	5.02
DURANGO	6,584	1.44%	5.53	6,433	1.48%	5.23	5,887	1.43%	4.64
GUANAJUATO	25,870	5.68%	8.91	21,960	5.05%	7.02	23,594	5.72%	7.29
GUERRERO	13,839	3.04%	6.47	12,786	2.94%	5.82	10,986	2.66%	4.81
HIDALGO	13,739	3.02%	9.25	13,031	3.00%	8.08	12,353	3.00%	7.42
JALISCO	29,402	6.45%	7.51	28,670	6.60%	6.30	28,517	6.92%	6.04
ESTADO DE MEXICO	47,466	10.42%	7.70	47,172	10.86%	5.99	49,373	11.97%	5.64
MICHOACAN	20,488	4.50%	7.06	20,279	4.67%	6.79	18,640	4.52%	6.05
MORELOS	5,880	1.29%	6.73	5,621	1.29%	5.70	5,254	1.27%	4.98
NAYARIT	3,912	0.86%	6.16	3,625	0.83%	4.79	3,504	0.85%	4.50
NUevo LEON	12,706	2.79%	5.75	12,171	2.80%	4.65	11,493	2.79%	4.16
OAXACA	26,436	5.80%	11.61	23,983	5.52%	9.72	18,784	4.56%	7.46
PUEBLA	35,787	7.85%	10.85	31,409	7.25%	9.01	27,114	6.58%	7.47
QUERETARO	5,631	1.24%	8.66	5,483	1.26%	7.12	5,125	1.24%	6.29
QUINTANA ROO	581	0.13%	3.29	1,136	0.26%	4.82	1,052	0.26%	3.89
SAN LUIS POTOSI	13,422	2.95%	8.76	9,432	2.17%	5.41	9,714	2.36%	5.37
SINALOA	9,570	2.10%	5.68	9,265	2.13%	4.81	8,380	2.03%	4.12
SONORA	9,319	2.05%	6.73	9,551	2.20%	6.06	9,093	2.21%	5.57
TABASCO	6,734	1.48%	6.69	7,523	1.73%	6.79	6,646	1.61%	5.75
TAMAULIPAS	10,201	2.24%	5.64	11,358	2.61%	5.67	10,713	2.60%	5.16
TLAXCALA	5,942	1.30%	10.55	3,192	0.73%	5.51	4,458	1.08%	7.42
VERACRUZ	32,967	7.23%	7.33	32,332	7.44%	5.76	28,446	6.90%	4.85
YUCATAN	6,945	1.52%	8.29	7,847	1.81%	7.08	7,190	1.74%	6.21
ZACATECAS	7,368	1.62%	6.85	6,483	1.49%	5.48	6,303	1.53%	5.25
ZOTRAS	1,698			1,947			1,815		

* TASA BRUTA DE MORTALIDAD (tbm) = $\frac{\text{Defunciones Generales registradas en un año}}{\text{Poblacion estimada al 30 de junio de ese mismo año} \times 1000}$

FUENTE: 1976 SSA. BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA No. 1. MEXICO, 1984.
 SPP, INEGI CUADERNO No. 5 DE INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. MEXICO, D.F. 1986.

C U A D R O No. 2

DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL *
POR SEXO Y ENTIDAD FEDERATIVA
1980, 1982

ENTIDAD FEDERATIVA	1977		1980		1982	
	TOTAL	Tasa	TOTAL	Tasa	TOTAL	Tasa
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	117,508	48.91	94,224	38.81	79,045	33.04
AGUASCALIENTES	1,100	55.81	962	46.89	775	35.93
BAJA CALIFORNIA NORTE	1,549	41.43	1,202	31.06	1,025	25.99
BAJA CALIFORNIA SUR	349	50.56	328	37.88	261	34.63
CAMPECHE	592	41.93	518	36.30	394	26.81
COAHUILA	2,741	47.91	1,819	30.79	1,355	22.89
COLIMA	482	40.16	481	38.89	425	35.95
CHIAPAS	4,029	43.64	2,626	33.94	2,354	31.58
CHIHUAHUA	3,535	53.72	2,777	42.94	1,702	26.55
DISTRITO FEDERAL	12,372	41.65	10,783	37.00	9,286	33.03
DURANGO	1,425	28.29	940	19.19	632	14.51
GUANAJUATO	8,559	77.41	6,852	68.76	6,852	54.86
GUERRERO	2,491	17.49	2,201	22.22	1,524	18.97
HIDALGO	2,910	46.37	2,779	42.73	2,551	35.12
JALISCO	8,581	51.02	6,539	39.42	5,845	34.74
ESTADO DE MEXICO	16,873	93.08	13,385	66.26	13,326	57.12
MICHOACAN	4,382	35.99	3,789	29.97	3,047	26.13
MORELOS	1,017	30.83	762	20.85	669	19.96
NAYARIT	776	29.15	469	18.30	371	14.20
NUEVO LEON	3,094	42.04	2,417	29.73	2,011	25.01
OAXACA	5,384	51.92	4,164	39.20	2,697	30.79
PUEBLA	8,980	61.37	8,094	54.83	5,901	48.09
QUERETARO	1,702	60.26	1,650	57.00	1,279	39.90
QUINTANA ROO	159	21.78	311	35.48	176	16.74
SAN LUIS POTOSI	3,250	47.74	2,050	36.77	1,809	28.32
SINALOA	1,687	22.64	1,185	16.05	766	11.30
SONORA	2,376	46.92	1,740	34.98	1,426	28.19
TABASCO	1,992	45.65	1,850	34.39	1,403	31.73
TAMPULIPAS	2,079	33.79	1,719	26.33	1,266	19.21
TLAXCALA	2,027	78.18	1,169	79.43	1,425	55.64
VERACRUZ	6,497	36.11	5,223	26.39	3,811	21.16
YUCATAN	1,810	44.52	1,532	39.57	1,174	28.64
ZACATECAS	2,590	18.32	1,871	44.23	1,413	36.22
OTROS	118		97		94	

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL =

MUNERO DE DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO

NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN ESE AÑO x 1000

FUENTE: SPP. INFORMACION ESTADISTICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
Cuadernos No. 3, 4 y 5. MEXICO 1986

C U A D R O No. 3

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA
1977 - 1980

C A U S A S	1977			1978			1979			1980		
	ORDEN	DE	DEFUNCIONES	ORDEN	DE	DEFUNCIONES	ORDEN	DE	DEFUNCIONES	ORDEN	DE	DEFUNCIONES
	IMPOR-	TANCIA	No. CASOS TASA	IMPOR-	TANCIA	No. CASOS TASA	IMPOR-	TANCIA	No. CASOS TASA	IMPOR-	TANCIA	No. CASOS TASA
TODAS LAS CAUSAS			450,454 7.09			418,381 6.39			428,217 6.35			434,465 6.26
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	1		53,327 0.84	1		44,209 0.67	1		42,671 0.63	1		41,342 0.59
PNEUMONIA	2		46,356 0.73	2		40,323 0.61	2		34,115 0.55	2		36,196 0.52
ENVENENAMIENTOS Y EFECTOS TOXICOS	3		33,093 0.51	3		32,531 0.49	3		32,458 0.48	-o-		
CIERTAS CAUSAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	4		23,527 0.37	4		22,211 0.33	4		26,941 0.39	3		26,399 0.38
ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	5		13,538 0.21	5		14,048 0.21	7		14,843 0.22	5		15,215 0.21
FRACTURAS	6		13,426 0.21	6		13,682 0.20	5		15,295 0.22	-o-		
ACC. DE TRAFICO DE VEH. DE MOTOR	7		13,035 0.20	7		13,351 0.20	6		14,848 0.22	4		15,421 0.22
CIRROSIS Y OTRAS AFEC. DEL HIGADO	8		12,370 0.19	8		12,935 0.19	8		14,364 0.21	6		14,883 0.17
HOMICIDIO	9		11,875 0.18	10		11,609 0.17	11		11,852 0.17	9		1,225 0.16
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	10		11,787 0.18	11		11,533 0.17	12		11,320 0.16	10		11,786 0.16

NOTA: LAS CAUSAS CONSIDERADAS CORRESPONDEN A LAS 10 PRIMERAS DE 1977.

PARA 1980 LAS CAUSA QUE OCUPARON EL 7o Y 8o FUERON:

- o - SIGNIFICA QUE NO ESTAN DENTRO DE LAS PRIMERAS 10 CAUSAS.

SEPTICEMIA Y ANOMALIAS CONGENITAS RESPECTIVAMENTE.

FUENTE: SPP, INEGI CUADERNO No. 3, 4 Y 5 DE INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. MEXICO, D. F. 1986.

C U A D R O No. 4

POBLACION Y RECURSOS MEDICOS POR ENTIDAD

ENTIDAD FEDERATIVA	HABITANTES (MILES) 1980	UNIDADES 1983 (1)	HAB/UNIDAD	PERSONAL MEDICO (2)	HABITANTE POR PERS. MEDICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	69,655	8,733	7,976.07	74,640	933.21
AGUASCALIENTES	541	78	6,935.90	655	825.95
BAJA CALIFORNIA NORTE	1,227	43	28,534.88	1,046	1,173.04
BAJA CALIFORNIA SUR	224	75	2,986.67	404	554.46
CAMPECHE	438	109	4,018.35	521	840.69
COAHUILA	1,625	176	9,221.59	2,419	670.94
COLIMA	361	69	5,231.88	458	788.21
CHIAPAS	2,173	479	4,536.53	867	2,506.34
CHIHUAHUA	2,090	288	7,256.94	2,108	991.46
DISTRITO FEDERAL	9,197	822	11,188.56	23,778	386.79
DURANGO	1,232	229	5,379.91	968	1,272.73
GUANAJUATO	3,132	268	11,686.57	2,175	1,440.00
GUERRERO	2,198	399	5,508.77	1,358	1,618.56
HIDALGO	1,613	319	5,056.43	1,116	1,445.34
JALISCO	4,555	424	10,742.92	5,571	817.63
ESTADO DE MEXICO	7,883	491	16,054.99	3,146	2,505.72
MICHOACAN	2,989	306	9,767.97	1,696	1,762.38
MORELOS	987	143	6,902.10	1,608	979.17
NAYARIT	757	124	6,104.84	565	1,339.82
NUEVO LEON	2,619	171	15,315.79	3,654	716.75
OAXACA	2,469	557	4,432.68	1,471	1,678.45
PUEBLA	3,488	395	8,830.38	2,556	1,364.63
QUERETARO	771	143	5,391.61	777	992.28
QUINTANA ROO	236	63	3,746.03	319	739.81
SAN LUIS POTOSI	1,744	300	5,813.33	1,266	1,377.57
SINALOA	1,928	243	7,934.16	1,888	1,021.19
SONORA	1,578	165	9,563.64	1,569	1,005.74
TABASCO	1,108	303	3,656.77	1,313	843.87
TAMAULIPAS	2,005	312	6,426.28	2,828	708.98
TLAXCALA	580	105	5,523.81	371	1,563.34
VERACRUZ	5,615	765	7,339.87	4,530	1,239.51
YUCATAN	1,109	135	8,214.81	1,497	740.81
ZACATECAS	1,185	234	5,054.10	742	1,597.04

(1) INCLUYE UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA.

(2) INCLUYE MEDICOS GENERALES, GINECO-OBSTETRAS, PEDIATRAS, ODONTOLOGOS, OTROS ESPECIALISTAS, PASANTES Y EN OTRAS LABORES MEDICAS.

FUENTE: INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Cuaderno No. 5 SFP. MEXICO, 1986

BIBLIOGRAFIA

- [1] ACKOFF, Russell L.
Planificación de la Empresa del Futuro.
Ed. LIMUSA, México, 1983.
- [2] Rediseño el Futuro.
Ed. LIMUSA, México, 1981.
- [3] El Arte de Resolver Problemas.
Ed. LIMUSA, México, 1981.
- [4] AFANASIEV, V.
Fundamentos de Filosofía.
Ed. de Cultura Popular. México, D.F. 1977.
- [5] Dirección Científica de la Sociedad
Experimento de Investigación en Sistemas.
Ed. Progreso. Moscú, URSS, 1981.
- [6] ALTHUSSER, Louis
Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado.
Ed. Pepe. Medellín Colombia. 1970.
- [7] BANCO Nacional de Comercio Exterior, S.A.
México: la política económica para 1972.
BANCOMEXT, México, 1972.
- [8] BASAGLIA, Franco y otros
La salud de los trabajadores. Aportes para una política de Salud. Ed. Nueva Imagen. México, 1980.

- [9] BERLINGUER, Giovanni
Reforma Sanitaria en Italia. Salud y Trabajo.
UAS. México, 1983.
- [10] BREILHP, Jaime
Epidemiología: economía, medicina y política.
SESPA, Santo Domingo, 1980.
- [11] BREILH, Jaime y GRANADA, Edmundo
Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador. 1982.
- [12] CARRILLO, Arronte Alejandro
Ensayo Metodológico de Planeación Interregional.
Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1973.
- [13] Catálogo de Actividades del Sector Público Federal
Sria. de Programación y Presupuesto. México, 1984.
- [14] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Sria. de Gobernación. México. 1985.
- [15] Cuadernos Técnicos de Planeación. Vol. 1 Num. 1, 2, 3,
4 Sria. de Salubridad y Asistencia.
- [16] DONABEDIAN, Avedis
Aspects of Medical Care Administration Specifying
Requirements for Health Care. Harvard University
Press. U.S. 1979.

- [17] Beneficios en los programas de Asistencia Médica.
IMSS. Colección Salud y Seguridad Social. México. 1982.
- [18] ELIZONDO, Jorge
Fines y Problemas de la Educación. UNAM.
Series del Instituto de Ingeniería No. 467 México, 1983.
- [19] ELIZONDO, J., NUNEZ, F.
Bases para un Plan Nacional de Educación. UNAM.
Series del Instituto de Ingeniería No. 457 México, 1982.
- [20] GRAMSCI, Antonio
Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno. Cuadernos de la Carcel. Ed. Juan Pablos,
México, D.F. 1975.
- [21] HALL, T y Mejía H.
Health Manpower Planning
Ed. DMS. Genova, 1978.
- [22] KELSEN, Hans
Compendio de Teoría General del Estado.
Ed. Nacional. México, D.F. 1980.
- [23] KIRICHENKO, V
La Planificación a largo plazo de la economía socialista. El Socialismo: experiencias, problemas, perspectivas. Ed. Progreso. Moscú, URSS. 1981.
- [24] LANGE, Oscar
Economía Política.
Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1973.

- [25] LAPIN, N., KORZHEVA, N.
Teoría y Práctica de la Planificación Social.
Ed. Progreso. Moscú, URSS. 1980.
- [26] LEWIS, W. Arthur
Teoría de la planificación económica.
Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1968.
- [27] MARX, ENGELS, LENIN
Materialismo Histórico. Antología del
Ed. Quinto Sol. México. 1978.
- [28] Memoria del Seminario La Población y el Desarrollo Regional y Urbano. Aguascalientes, Septiembre de 1982.
- [29] MERCADO, Ernesto
Hacia una planeación prospectiva de los servicios de atención médica en México. Fundación Barros Sierra.
Cuaderno Prospectivo No.14B, México, D.F. 1978.
- [30] MESA, Lago Carmelo
El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina.
Naciones Unidas. Estudios e Informes de la Cepal. 1985.
- [31] MILIBAND, Ralph
El Estado en la Sociedad Capitalista.
Siglo XXI Editores, México, 1985.
- [32] Plan Global de Desarrollo 1980-1982
Sra. de Programación y Presupuesto. México, 1980.

- [33] Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988
Sría. de Programación y Presupuesto. México, 1983.
- [34] Plan Nacional de Salud.
Sría. de Salubridad y Asistencia. México, 1974.
- [35] Planeación en tiempos de Crisis. Seminario Internacional, realizado en la Cd. de México, 26 a 28 de julio de 1984.
- [36] Programa de Salud Rural (P.S.R.).
Sría. de Salubridad y Asistencia. México, 1979.
- [37] PRAWDA, Juan '
Teoría y Praxis de la Planeación Educativa en México.
Colección Pedagógica. Ed Grijalbo. México. 1985.
- [38] PRITCHARD, Peter
Manual de Atención Médica Básica: su naturaleza y organización. IMSS. México, D. F. 1982.
- [39] RADBRUCH, Gustav
Introducción a la Filosofía del Derecho.
Ed. Fondo de Cultura Económica. Breviario No. 42
México, D. F. 1978.
- [40] REEVES, S y Bergwall, D
Introduction to Health Planning
Ed. Information Resources Press. Washington D.C. 1979.

- [41] ROJAS, Soriano Raúl
Capitalismo y Enfermedad
Folios Ediciones. México, 1982.
- [42] ROUSSEAU, Juan
El Contrato Social.
Ed. Linotipo. México, D. F. 1979.
- [43] RUDOLF, Sonntag y VALECILLOS, Hector (compiladores)
El Estado en el Capitalismo Contemporáneo.
Siglo XXI Editores. México, 1977.
- [44] SACHS, Wladimir
Diseño de un Futuro para el Futuro.
Ed. Fundación Barros Sierra A. C. México, 1980.
- [45] Sistemas Nacionales de Planeación. Aspectos
conceptuales. Naciones Unidas. México. 1981.
(Fotocopia)
- [46] Sistema Nacional de Planeación Democrática. Docto.
Interno. Secretarí de Programación y Presupuesto.
México. 1984. Revista Planeación Democrática.
- [47] SIERRA, Enrique, Cibotti Ricardo
El Sector Público en la Planificación del desarrollo.
Ed. Siglo XXI. México. 1973
- [48] SOLIS, Leopoldo
Planes de desarrollo económico y social en México.
Ed. SepSetentas No. 215. México, 1975.
- [49] SUSSER, M. y Watson, W
Medicina y Sociología
Ed. Atlante, Mdrid. 1967.

- [50] SWEEZY, Paul M.
Teoría del Desarrollo Capitalista
Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1974.
- [51] TERRIS, Milton
La Epidemiología y la Medicina Social.
Ed. Siglo XXI. México, D. F. 1980.
- [52] La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social
Ed. Siglo XXI. México, D.F. 1980.
- [53] TORRE G. Navarrete I. Carril M. (Coordinadores)
Bases para la Planificación Económica y Social de Mé-
xico. Ed. Siglo XXI. México, 1970.
- [54] VERNON, Raymond
El Dilema del Desarrollo en México.
Ed. Diana. México, 1970.
- [55] VILLA, Manuel y Varios
El Perfil de México en 1980. Las Bases del Estado
Mexicano y su Problemática Actual. IIS. UNAM. Ed. Siglo
XXI. México, 1978.
- [56] WEINSTEIN, Luis
Salud y Democratización.
Colección Charenton. Ed. Villalar. España. 1977.
- [57] WITKER, V. Jorge
Derecho Económico. Colección Textos Jurídicos Universi-
tarios. Ed. HARLAS. S.A. México, 1985.

VARIOS AUTORES

- [58] Desarrollo Económico y Planificación Perspectiva. Ed. Progreso. Moscú, URSS. 1976.
- [59] Economía Política no Marxista Actual. Un análisis crítico. Ed. Progreso. URSS. 1981.
- [60] Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina. Ed. IMSS, México, 1981
- [61] Planificación de la Economía Nacional. Teoría Marxista-Leninista. Ed. Progreso. Moscú, URSS. 1981.
- [62] Planificación de la Fuerza de Trabajo en la URSS. Ed. Progreso. Moscú, URSS. 1976.
- [63] ZHILINSKAS, Yuozas Yu. Metodología de Planificación y Financiamiento de Salud Pública Soviética y sus aspectos económicos. Editado e impreso en el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas del Ministerio de Salud Pública. Habana Cuba, 1979.