

85
47



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA ADMINISTRACION PUBLICA EN EL SECTOR SALUD:
UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO Y EL HOSPITAL COOK COUNTY DE LA CIUDAD DE
CHICAGO, ESTADOS UNIDOS.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A
JAIME ERNESTO PALOMINO AGUILAR

ASESOR: DR. RICARDO UVALLE BERRONES



MEXICO, DISTRITO FEDERAL

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

D E D I C A T O R I A

A mis padres: Fausto Falomino y Edith Aguilar de Falomino

Doy gracias a ambos por su apoyo, así como su confianza en mí.

A mi esposa: Miriam Torres de Falomino

Por todo lo que me ha dado como pareja a lo largo de todos estos años que hemos compartidos juntos.

Al Sr. Antonio Torres y la Sra. Beatriz Martínez de Torres:

Mi gratitud, mi cariño y mi respeto hacia ellos, gracias por su apoyo incondicional hacia a mí.

" De todas las bendiciones que el tiempo y la tierra tienen, no hay cosa más valiosa que la de tener unos verdaderos amigos " :

Dr. Ricardo Uvalle Berrones y Rina Aguilera de Uvalle

Agradezco infinitamente al Doctor por su inmenso apoyo hacia este trabajo, así como sus opiniones y observaciones hechas a lo largo de este trabajo.

Dr. Ricardo Uvalle Berrones gracias por ser mi mentor y aún más importante mi amigo.

Gracias a cada una de las personas que me brindaron su ayuda para que este trabajo llegase a su punto final, entre ellos:

Lic. Erika Doring Hermosillo

Lic. Miguel Márquez Sarate

Lic. Gabriel Campuzano Paniagua

Lic. Javier Hernández Pérez

Lic. Enrique Alva González

C O N T E N I D O

PROEMIO	1
ANTECEDENTES	3
EL CASO DE MEXICO	
ORIGENES Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES EN MEXICO	3
LA OBLIGACION DEL ESTADO MEXICANO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES ...	7
PLANES Y PROGRAMAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES MEDICOS A CARGO DE LA SECRETARIA DE SALUD	12
EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	14
EL CASO DE LOS ESTADOS UNIDOS.	
ORIGENES Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES EN LOS ESTADOS UNIDOS	19
ACCIONES ECONOMICAS, POLITICAS Y SOCIALES EN CUANTO AL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA PUBLICA	26
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL MEDICARE Y MEDICAID	28
EL HOSPITAL COOK COUNTY DE LA CIUDAD DE CHICAGO	31
CONCLUSIONES	34
ANEXOS	40
BIBLIOGRAFIA	

PROEMIO

El presente estudio comparativo, aborda los aspectos de la Administración Pública Mexicana y la Administración Pública Norteamericana en materia de salud pública, resaltando sus diferencias y similitudes.

Para el estudio comparativo se tomaron como ejemplo el Hospital Cook County de la ciudad de Chicago y el Hospital General de México, haciendo mención a las responsabilidades que cada institución médica tiene al proporcionar los servicios de Asistencia Médica a la sociedad.

Para ello se abordan dos apartados como base del estudio comparativo: uno dedicado al caso de Estados Unidos y el otro corresponde a México. Finalmente se formulan las conclusiones.

Es a partir de sus antecedentes en los que se empieza a denotar una gran diferenciación en cuanto al papel que el Estado Norteamericano y el Mexicano tienen como prestadores de los servicios médicos a la sociedad. Así, en México, la concepción de la salud ha correspondido a la naturaleza y fines sociales del Estado en el tránsito de un Estado liberal a un Estado Social de Derecho. De este modo, se erige el Estado como rector de la economía, y en consecuencia, adquiere la responsabilidad de garantizar a la población condiciones que permitan su cabal desenvolvimiento.

Por otro lado, en el caso del Servicio Médico de Estados Unidos se toma en cuenta el concepto de ganancia. El libre mercado es una institución que se presenta en los países de occidente, particularmente en los Estados Unidos de Norteamérica. Por los motivos de ganancia, existe la tendencia a disminuir la responsabilidad, en cuyo servicio es esencial y por ende, la no presencia directa del Estado Norteamericano como prestador de los servicios públicos médicos, sino en la mayoría de los casos como un arrendador de los servicios médicos.

Es por ello, que a partir del estudio de cada caso, tanto el Norteamericano como el Mexicano, se estudian sus componentes administrativos, así como sus políticas, programas y acciones, para destacar sus capacidades y diferencias.

ANTECEDENTES GENERALES.**EL CASO DE MEXICO****ORIGENES Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS
MEDICOS ASISTENCIALES EN MEXICO**

El concepto de salud ha evolucionado: del énfasis en los aspectos curativos de la atención médica, se hace hincapié en la salud pública, en los ciudadanos de la colectividad y, por fin, se alcanza el concepto de salud integral que comprende, por una parte, las características genéticas y biológicas de las personas, los efectos del medio ambiente y los factores del comportamiento, ya sea individual o colectivo y, por otra, la respuesta que la sociedad ofrece para resolver los problemas de salud a través de la organización y operación de los servicios correspondientes.

De esta manera, en los últimos años se ha ido conformando el concepto de un Sistema de Salud Integrado por diversos componentes como la salud pública, los hospitales, los seguros de salud y los sociales, la formación de recursos para la salud, la investigación, la participación de las agencias de salud voluntarias, el desarrollo de la industria farmacéutica y la prestación de servicios privados de salud.

Con la responsabilidad de cuidar la salud individual y colectiva, el Estado mexicano ha participado de manera constante y sistemática en el desarrollo y consolidación de dichos

componentes como medio para atender las necesidades de salud de la población; para fortalecerse a través de su mayor intervención en el fomento de proyectos sociales; para corresponder a su nuevo papel de prestador de servicios de salud; para adaptar sus tareas operativas de regulación al constante avance en el desarrollo científico y tecnológico; para impulsar los procesos administrativos de organizaciones y servicios cada vez más complejos que deben atender dos esquemas distintos de prestación de servicios de salud: los de seguridad social y los destinados a la población abierta.

En la presente centuria, la evolución histórica de la participación del Estado en el campo de la salud, revela un proceso que ha logrado importantes avances, aunque con frecuencia ha mostrado desvíos y a veces contradicciones. De las obras acreditadas como las de Alvarez Amézquita y Bustamante,¹ son indispensables para comprender los principales hechos acaecidos con la promulgación de la Constitución de 1917. En efecto, la creación de instituciones, como el Departamento de Salubridad, la Secretaría de Asistencia Pública en 1943 y la fusión de ambos; las principales instituciones de seguridad social; el desarrollo de programas de extensión de cobertura; los servicios rurales cooperativos; el Plan Nacional de Hospitales; la construcción y operación de los centros de salud rurales y urbanos; la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia y su posterior transformación en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; los primeros esfuerzos de coordinación entre los

1 Alvarez Amézquita y Bustamante, *Desarrollo de los Servicios Médicos en México*, pp. 17-23.

Estados y la Federación que crean los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados; y la modernización de la legislación en salud a través del Código Sanitario de 1934 hasta su actualización de 1973, son capítulos importantes a destacar.

A lo largo de estos años 1934-1973, se avanza en la prestación de los servicios de salud aunque con un fuerte acento en los aspectos propiamente médicos de las acciones; paralelamente se promueve el enfoque preventivo a través de los programas de inmunizaciones, la campaña contra el paludismo, y las actividades orientadas al medio ambiente, con la dotación de servicios de agua potable, la disposición de excretas, el saneamiento del medio y la vigilancia y el control sanitarios.

El Plan Nacional de Salud de 1973,² aunque no logra concretar muchas de sus proposiciones, es punto de partida en el proceso de modernización de la intervención del Estado en el campo de la salud, ya que impulsa la definición de objetivos y metas y sanciona un enfoque técnico orientado principalmente a las metodologías de planeación.

A finales de los años setenta, y con los recursos provenientes del financiamiento externo y de los ingresos por las ventas de petróleo, se hizo una considerable ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo los de primer nivel para poblaciones marginadas, rurales y urbanas. Surgieron entonces

2 "Plan Nacional de Salud 1973", en Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud del 13 de febrero de 1973, p. 14.

el programa IMSS-COPLAMAR y la extensión de su cobertura en las áreas urbanas marginadas. Sin embargo, los esfuerzos de coordinación institucional alcanzaron su nivel más bajo y se debilita la función rectora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fortalecida previamente por el Plan Nacional de Salud.

El proceso de modernización de las responsabilidades en materia de salud alcanza una nueva fase en 1981 con la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud. Se establece con el objetivo de determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud en un Sistema Nacional que dé cobertura a toda la población mexicana.

Los trabajos de Coordinación de los Servicios de Salud se dirigen a analizar diversos planteamientos y posibilidades en relación con los procesos de la descentralización y la sectorización de los servicios, así como los planes de integración que pueden impulsar a las instituciones de salud a cumplir con sus propósitos.

Más adelante se recogen mediante consulta popular sobre la salud y seguridad social, planteamientos diversos para avanzar en el cometido de integrar un Sistema Nacional de Salud.

En octubre de 1982 se decide conjugar e integrar los elementos aportados por la Coordinación de los Servicios de Salud y la

consulta popular, a fin de traducirlos en iniciativas de ley que puedan implantarse desde el principio mismo de su gestión gubernamental. Las tesis y acciones fundamentales se recogen e integran en la obra Hacia un Sistema Nacional de Salud,³ que se publica en 1983. Allí se definen las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y se incorporan los elementos básicos que dieron fundamento a la política de salud del gobierno del Presidente Miguel de la Madrid.

Los años de 1983-1987 son de profundos cambios en el concepto y la práctica de la salud pública en México, a pesar de las restricciones que impone los efectos de la crisis económica que afectó al país, la cual produce impactos negativos en todos los sectores de la vida nacional; al mismo tiempo ofrece opciones para introducir cambios y una nueva concepción en relación entre la política social y el desarrollo económico. En este sentido se dirige la atención del bienestar colectivo a través de acciones que refuerzan la educación, la salud, la vivienda, el empleo y la seguridad social.

LA OBLIGACION DEL ESTADO MEXICANO DE PROPORCIONAR SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES

El concepto de salud ha transitado de las funciones inicialmente identificadas de atención médica curativas, a cargo de instituciones asistenciales de caridad, al concepto de salud pública o de salubridad con orientación al ciudadano de las

3 Soberón Acevedo, Guillermo, Hacia un Sistema Nacional de Salud, p.283.

colectividades, a un concepto de salud integral, que la categoriza como un valor social y no sólo como una condición biológica y psicológica. Así, a la salud se le ubica en su justa dimensión como elemento clave del desarrollo social, entendido éste como el mejoramiento cualitativo que en materia de progreso y bienestar tienen los miembros de una sociedad.

Este desarrollo de la concepción de la salud corresponde a la transformación, naturaleza y fines del Estado mexicano; de su tránsito de un Estado de Derecho diseñado en la Constitución de 1917 y que, con sus cometidos sociales, se categoriza como un Estado Social de Derecho. En éste, el Estado se constituye en el rector del desarrollo económico y social de la nación y en consecuencia adquiere responsabilidades para proveer a la población de las condiciones que permitan el cabal desenvolvimiento de sus habitantes.

Es a partir de entonces, que con el reconocimiento de derecho a la protección de la salud, durante el gobierno de Miguel de la Madrid, cuando el Estado Mexicano asume plenamente la rectoría en la política de salud y refuerza su función de coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la misma.

En cuanto a la protección de la salud, ésta se relaciona con la prestación misma de los servicios. Al efecto, es pertinente destacar que son regulados por la Ley General de Salud los servicios de salud que se proporcionan en el país, cualquiera que

sea el carácter de los prestadores, sin perjuicio de los ordenamientos legales que rigen la organización y el funcionamiento de las instituciones de la salud respectivas.

Podemos identificar así, las funciones principales de la rectoría estatal en materia de salud:

- a) "La regulación de los servicios de salud, así como un control y fomento sanitario. La Secretaría de Salud es el organismo rector de la salud en México, tiene la facultad de emitir las normas técnicas que regulen la operación y prestación de los servicios de salud, así como la regulación sanitaria en sus tres campos de acción que son: regulación, control y fomento sanitario.

- b) "Función reglamentaria y de normas técnicas. Para el cumplimiento del artículo cuarto constitucional relativo al derecho a la protección de la salud, se expidieron las siguientes disposiciones: la Ley General de Salud, Ley General de Asistencia Social y Ley General de Asistencia Privada. Por norma técnica se entiende, de conformidad con la Ley General de Salud, al conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio emitidas por la Secretaría de Salud, estableciendo requisitos en la organización y prestación de servicios.

- c) "Planeación y gestiones financieras. Corresponde a los coordinadores sectoriales establecer políticas de desarrollo para las entidades del sector: coordinar la programación y presupuestación con las asignaciones sectoriales del gasto y el financiamiento previamente establecidas y autorizadas.
- d) "Proveedor de los servicios de salud. La Ley General de Salud clasifica a los prestadores de los Servicios de Salud en Servicios Públicos en : La Secretaría de Salud, el Departamento del Distrito Federal, las Entidades Federativas y Municipios, el Programa IMSS-COPLAMAR, y el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia. Así mismo se define que son los Servicios Públicos de Salud los que se presten a la población en general previéndose que se cobrará por ello una cantidad económica denominada cuota de recuperación. Servicios de derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social a los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo están, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Servicios de Seguridad Social para trabajadores del Estado, y el Instituto de Servicios y Seguridad Familiar.
- e) "Formador de los recursos humanos. La ley establece las bases para la adecuada vinculación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las

formadoras de recursos humanos a efecto de racionalizar la formación de éstos a la luz de los requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

- f) "Investigación para la salud. Con el propósito de coordinar y conducir las funciones de enseñanza e investigación en salud pública, el ejecutivo federal crea el Instituto Nacional de Salud Pública el 26 de enero 1987.
- g) "Información para la salud. De conformidad con las Leyes de Salud, Planeación y de Información, Estadística y Geografía, la Secretaría de Salud integra las estadísticas de salud que se refieren principalmente a natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez. A los factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados con la salud. También compete a la Secretaría de Salud el establecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- h) "Interrelación de funciones normativas y de rectoría del Estado vinculadas a la salud. Mejoramiento del Ambiente con la interrelación de la Secretaría del Desarrollo Urbano y Ecología. Salud ocupacional riesgo del trabajo a través de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social."⁴

**PLANES Y PROGRAMAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES MEDICOS A
CARGO DE LA SECRETARIA DE SALUD.**

En los últimos 11 años, no obstante las severas restricciones de recursos financieros que ha enfrentado México, se han conseguido avances en materia de salud. Los principales indicadores demuestran un mejoramiento en las condiciones generales del bienestar del país. La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud, y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población. Sin embargo, en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseable, y subsisten en general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento.

A pesar del acelerado proceso de urbanización del país, persiste una marcada dispersión de asentamientos humanos en el área rural, lo cual torna difícil la atención de la salud y la asistencia general.

El objetivo fundamental de la política de salud, asistencia y seguridad social es impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno

como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios.

Las estrategias generales que rigen las acciones del sector son:

- a) "Mejorar la calidad del servicio. La calidad en la prestación de los servicios médicos será motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solución del problema motivo de la consulta.

- b) "Atenuar las desigualdades sociales: se concederá prioridad especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en la atención primaria a la salud. La ampliación de la cobertura de servicios en estas áreas se hará fundamentalmente mediante personal técnico o auxiliar capacitado para este propósito. De fundamental importancia será vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda, disponibilidad de agua potable, educación y saneamiento ambiental entre otras que impulsará el Programa Nacional de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema.

- c) "Modernizar el sistema de salud: en la modernización de la salud, junto con la prevención y la protección, se hace necesario el mejoramiento de la efectividad de

las acciones curativas.

- d) "Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud: para cumplir con las políticas nacionales de salud y asegurar el desarrollo de los programas a mediano plazo, se reforzará la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Se adecuará el marco jurídico de la salud a las condiciones actuales, y se establecerán mecanismos de planeación y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicios de recursos.
- e) "Se continuará con la política de descentralización de los servicios de salud consolidando lo logrado. Se fortalecerán los sistemas locales de salud, buscando aumentar su capacidad de gestión y de toma de decisiones."⁵

EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

Con base en lo señalado, destaca la función social y pública del Hospital General de México,⁶ que se crea a iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga siendo Presidente de la República el General Porfirio Díaz, ocupando una área de 143 mil metros cuadrado en la que se construyen 50 edificios, mismos que están separados por

5 Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994, en La Jornada, Noviembre 1 de 1988, pp.45-54.

6 "El 5 de febrero de 1905 se inaugura el Hospital General de México, Fernández Castillo, Francisco Dr., El Hospital General de México, p.8

áreas verdes. En estos edificios, mismos que están separados por áreas verdes. En estos edificios se albergan las especialidades médicas y quirúrgicas, los laboratorios, los gabinetes de diagnóstico, como radiología e imagen; también las aulas de enseñanza, biblioheroteca, las oficinas administrativas, así como las áreas de consulta externa y urgencias.

Cuando en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fusionarse la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con base en el decreto de fecha 18 de octubre del mismo año, el Hospital General forma parte de su ámbito institucional.

En 1968, se inician los trabajos de remodelación del Hospital General de México, reinagurándose el 19 de noviembre de 1970, quedando estructurado por 32 unidades médicas y 10 unidades administrativas.

En septiembre de 1985, con motivo de los sismos, del 19 y 20 de septiembre el Hospital sufre daños considerables. Su capacidad queda desmembrada al destruirse totalmente. Estas circunstancias provocan que administrativamente se de una interrupción en sus servicios debido a la magnitud del acontecimiento. Se plantea, por eso, la necesidad de reestructurar el nosocomio a nivel tanto de su administración como de las funciones que cumple.

En 1986 se publica en el "Diario Oficial el decreto por el que se creó un órgano desconcentrado por función, jerárquicamente

subordinado a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa, denominado Hospital General de México",⁷ al que se le atribuyen, para el cumplimiento de sus fines, autonomía operativa y mayor presencia institucional en el país.

Actualmente, en el hospital laboran cerca de cinco mil personas, de las cuales 1300 son enfermeras, 700 médicos especialistas y además 350 médicos residentes. El personal paramédico está constituido por personal de administración, técnicos, psicólogos, trabajadores sociales y otro personal de apoyo.

Los objetivos principales del Hospital General de México son: proporcionar los servicios que permiten mejorar la salud de la población, así como coordinar las actividades preventivas asistenciales y de rehabilitación que demande la población en los servicios que dependen del hospital, así como la de cumplirlas con calidad y fomentar el desarrollo de las diferentes especialidades médicas con que cuenta el Hospital General, con el fin de apoyar las de docencia e investigación.

El Hospital General de México es la institución médica por antonomasia y nace antes de los conceptos de redes de Hospital y niveles de atención. En el seno del hospital nacieron prácticamente todas las especialidades médicas así como los diversos institutos de investigación. Los especialistas formados en su espacio crearon los diversos departamentos en el IMSS, el ISSSTE y a la fecha continúa siendo el hospital-escuela más

7 Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, 5 de septiembre 1986. p. 5

importante de la república.

En el hospital se atiende esencialmente a pacientes de recursos económicos limitados: aquellos que no están registrados en la seguridad social ni tienen acceso a la medicina privada. La mayoría de los pacientes son del Distrito Federal y se calcula que de un 25% a 30% de los enfermos proceden de diversos estados de la república.

Aunque en el hospital no se atienden casos de traumatología, por no contarse con instalaciones necesarias, se ha creado un comité para resolver esta problemática. Esto se debe a la patología derivada de complicaciones post-trauma y que son una grave carga para la población y para la economía del país.

El Hospital General de México se presenta como último recurso de los enfermos debido a la ausencia de un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia de todos los hospitales del Distrito Federal y aun de provincia, llegando al hospital pacientes, se tenga cupo o no, lo que se traduce en graves problemas de atención.

Cada año se atienden 320 mil consultas de pacientes ambulatorios; se atienden 30 mil urgencias de las cuales el 57% son médico-quirúrgicas, 29% obstétricas y 14% pediátricas. Hasta septiembre de 1985 se contaban con 1900 camas; actualmente hay 1424 camas.

El personal del hospital está formado por especialistas de todo

orden, que acuden por lo menos una vez al año al congreso de su especialidad y que tienen intereses académicos. Se trata de universitarios cuyas exigencias intelectuales son de enorme importancia. Gracias a su dedicación y estudio se aplican las técnicas más avanzadas a los pacientes, dentro del límite del presupuesto hospitalario.

La mayoría de este personal es movido por el interés profesional y trae al hospital sus propios federal, así como sus aparatos; a veces la carencia del instrumental adecuado, provoca que la atención no sea siempre óptima. Tal es el caso del grupo de cardiología, el cual carece de catéteres y del láser; asimismo los oftalmólogos solo tienen un láser y una consulta que rebasa muchas veces la capacidad del mismo. En Ortopedia hay la constante queja de la falta de instrumental adecuado.

En cada especialidad el equipo que se posee, se encuentra rebasado por el número de pacientes; las solicitudes para tomografía axial computada son tantas, que los turnos se dan a dos meses de distancia. Por las carencias mencionadas son motivo de frustración para el personal médico del hospital. Además y de acuerdo con el reciente reporte anual de actividades del Hospital General se indica que los salarios de todo el personal son bajos. El hecho especialmente doloroso es el caso de especialistas que ganan menos que las secretarías de otras instituciones médicas.

Estos dos factores, la insatisfacción por la falta de equipo

apropiado y los bajos salarios podrían convertirse en un factor de inquietud. Pero sin embargo, hasta el momento, todo el personal que trabaja, demuestra una intención de colaborar.

A pesar de lo anterior, el Hospital General es una institución viva y pujante, que proporciona servicio a un gran sector de la población, que no posee otro tipo de cobertura médica. El papel que juega el Hospital General de México en la salud es, sin duda, importante.

EL CASO DE LOS ESTADOS UNIDOS

ORIGENES Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES EN LOS ESTADOS UNIDOS.

Durante los últimos 150 años, dos factores le han dado forma al Sistema de Salud Pública en los Estados Unidos: el primero es el desarrollo del conocimiento científico de cómo controlar las enfermedades o epidemias; y el segundo la aceptación de la sociedad americana de ser ella, la responsable de un control epidémico. En los comienzos de este siglo, cuando poco se sabía acerca del origen de las enfermedades, la sociedad tenía que resignarse y pocas acciones públicas fueron adoptadas. Sin embargo, mucho se ha discutido del cómo integrar el Sistema de Salud Pública con los Servicios de Salud Personal. Desde sus inicios hasta el presente, los Servicios Públicos de Salud, así como los servicios privados se han mantenido separados.

"Los servicios médicos han sido en Estados Unidos una creciente empresa desde 1875".⁸ Esta empresa se ha desarrollado esencialmente en el sector privado de la economía con una mezcla de instituciones que se dedican a obtener una ganancia por los servicios que éstas prestan y a instituciones sin un objetivo de tener ganancias, recibiendo ésta última, un gran apoyo por parte del gobierno. Esta mezcla ha venido cambiando a través de los años; primero con los recursos y fondos que día con día el gobierno obtiene para mantener en operación estos hospitales, y una suficiente base con fondos para sostener los servicios médicos públicos.

Los norteamericanos han manifestado una gran ambivalencia acerca de quien es el responsable del cuidado médico: el individuo o el gobierno. Soluciones colectivas se han recibido como seguros de vida, o de incendio así como fondos para la construcción de hospitales, pero los seguros de cobertura médica son aceptados más rápidamente por la comunidad como una forma de proteger su solvencia económica en caso de tener un accidente automovilístico o bien someterse a una cirugía mayor. El cuidado del médico para el pobre es otorgado como una expresión humana dada por los médicos y hospitales y es apoyada por el gobierno y las organizaciones filantrópicas.

En este sentido, "El sistema público médico americano se desarrolla en tres etapas: la primera que va de 1875 a 1930 que es la infraestructura del sistema médico, la siguiente que va de

8 Manton, John Joseph, Public Health Administration and Health Practice, p.35.

1930 a 1965 la cual se caracteriza esencialmente por el surgimiento de una tercera parte que va a pagar los gastos o servicios médicos, y la que va de 1965 a nuestros días".⁹ Hay en todas ellas una participación del gobierno, los empleadores, los sindicatos y las aseguranzas como una forma de ampliar el interés por los servicios médicos personales.

Durante la última parte del siglo XIX, los médicos y farmacéuticos eran los únicos responsables de los servicios médicos profesionalmente reconocidos. El Hospital Country que ahora conocemos, objeto del presente estudio, no existía. Las casas humildes, así como las Casas de Limosna, se hacían cargo del desamparado y de aquellas personas sin familia. Las enfermedades fueron tratadas primeramente en la casa de los pacientes o bien en el consultorio médico.

Los hospitales fueron establecidos principalmente por las iglesias y por la Comunidad de Voluntarios. Las iglesias, por supuesto, tienen una larga historia en el cuidado del pobre.

Los Servicios de Salud Pública y de los Hospitales Mentales no fueron necesarios como Servicios de Salud Personal. Antes de 1875, las ciudades y condados empiezan a establecer Departamentos de Salud Pública para controlar el agua contaminada causada por las epidemias de cólera. Posteriormente, cuando las enfermedades en niños son controladas por medio de la inmunización y pasteurización, el Departamento de Salud expande sus servicios

basándolos en la bacteriología y la epidemiología. La categoría de enfermera en salud pública para madres e infantes es creada añadiendo al Departamento de Salud Pública enfermeras registradas.

El desarrollo de una tercera parte que es la encargada de pagar los gastos de servicios médicos estimulada por la Gran Depresión de 1930, cuando no sólo el ingreso de los hospitales es afectado, sino también el de las personas. Los hospitales comienzan a patrocinar los planes de prepago, los cuales son conocidos como planes de "Blue Cross".

Al mismo tiempo los pagos anticipados para los médicos por sus servicios en cirugías patrocinadas por el Estado y la Sociedad Médica son conocidos como "Blue Shield".¹⁰ Los gobiernos estatales continuaran con el apoyo de los servicios médicos para los pobres y eventualmente comparten programas con el gobierno federal en estados de emergencia.

Durante los años 40, en el período de la Segunda Guerra Mundial, las compañías de seguros privados descubiertas por la experiencia de los planes de Blue Cross y Blue Shield para aquellas personas sin una cobertura médica para cirugías, es el punto de solución para aquellos soldados que habían servido al país durante los años de guerra. Blue Cross y Blue Shield así como las aseguradoras privadas son instituciones exitosas. Estas aseguranzas fueron más lejos de lo que realmente esperaban,

10 Blue Shields son seguros de cobertura médica creadas en los años de 1930.

comprometiendo a los empleados de grandes corporaciones y para la mitad de 1952, alrededor de 28 millones de personas estaban cubiertas por algún plan de seguro médico principalmente cuidado médico y servicios hospitalarios.

"Con la elección de Dwight Eisenhower en 1952 se comienza una gran controversia de que el gobierno no sería un patrocinador de la aseguranza médica, y no es hasta 1965 con la creación del Medicare y Medicaid cuando el gobierno federal se hace cargo de los pagos médicos, sólo hasta el 50% del total de su costo y 20% de pagos a Médicos".¹¹

De 1965 al presente, la principal característica de este período es una intensa preocupación del cómo dirigir la industria de los servicios de salud. Nadie sabe lo que constituye un apropiado nivel de gastos médicos; pero existe un acuerdo general de que el nivel de gastos médicos es elevado. Para establecer un control sobre estos gastos se implementan tres procesos.

- a) "El control de las decisiones médicas hechas por los doctores en los hospitales.
- b) "El control en el número de camas asignadas para cada uno de los hospitales en la Unión Americana.
- c) "Y el control de los precios de reembolso hacia los doctores."¹²

11 Gladen; N. E. A History of Public Administration, p. 14.

12 Odín V. Anderson, Health Service in the United States, pp. 88-89.

Dos comisiones gubernamentales se crean con el objetivo de tener un control sobre los pagos hacia los médicos, así como una eficiente prestación de los servicios médicos a la sociedad: "La Efectividad Hospitalaria creada en 1968 y otra fue para el Cuidado de los Pobres en 1970".¹³

Como resultado de lo anterior, el Congreso Americano elabora una ley en 1972 para revisar los servicios hospitalarios, esto es, la decisión de los médicos para mantener a los enfermos en hospitales por períodos largos, no convenía al Estado, ni a los contribuyentes quienes pagaban estos servicios. En algunos casos no es necesario mantener a un paciente hospitalizado por períodos prolongados y los únicos beneficiados son el hospital y los médicos.

El último concepto para contener el incremento en el costo de servicios médicos lo proporciona el "HMO (Health Maintenance Organization)",¹⁴ concepto viejo pero relativamente nuevo en términos de apoyo gubernamental. HMO proyecta diferentes planes de pago, intentando controlar las decisiones hechas por los médicos, proponiendo tabuladores de pago, así como obtener mejores resultados por los servicios médicos prestados.

A pesar de que el "PSRO Profesional Standar Review Organizations certifica la necesidad de revisar los precios y planes de los servicios médicos, éstos se han mantenido en un constante

13 Lerner, Alan U., Public Administration, p. 38.

14 Roy, William R., H. M. O., pp. 9-59

incremento, Entre los años 1965-1980, el porcentaje del Producto Interno Bruto en cuanto a gasto de servicios de salud se incrementa de 5.9% a 9% por persona, aumentando de \$198.00 dólares a \$865.00 dólares anuales y con la tendencia a seguir incrementándose. La diversidad en cuanto a la naturaleza de los fondos públicos, lo hace difícil para el Gobierno Federal, ya que actualmente cubre alrededor del 40% de los gastos en servicios médicos por persona.¹⁵

En la administración de Ronald Regan se discute la posibilidad de reducir los gastos de servicios médicos por persona, o bien seguir los modelos canadienses o suizos en los cuales el Estado los proporciona a toda la población. También durante la administración de George Bush, se discuten las mismas posibilidades de cambio en los servicios médicos americanos. Pero es sólo hasta la actual administración de William Clinton, en la que realmente se espera que no sólo se discuta, sino que se realicen cambios profundos en la estructura de los servicios médicos en los Estados Unidos.

El pasado 4 de octubre de 1993 el Presidente William Clinton expuso su Programa de Salud al Congreso de los Estados Unidos, el cual está basado en seis puntos, y estos son: "1) Seguridad, 2) Simplicidad, 3) Ahorros, 4) Opción, 5) Calidad, 6) Responsabilidad. Teniendo un costo aproximado de un trillón de dólares para su implantación esperando la aprobación del Congreso

15 Golfield, Norbert M.D., Delivery Systems, p. 23.

Estadounidense.¹⁶

**ACCIONES ECONOMICAS POLITICAS Y SOCIALES EN CUANTO
AL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA PUBLICA.**

El Gobierno Federal Norteamericano juega un papel importante en el Sistema de Salud Pública, protegiendo a su población de cualquier problema epidémico. Para ello ha definido políticas y regulaciones. Asimismo apoya los proyectos de investigación y financiamiento de los servicios médicos. "En 1990, Estados Unidos gastó alrededor de \$450 billones de dólares en cuidados médicos. Estas cifras incluyen el sector privado y público en cuanto a gastos por servicios médicos personales. Solamente a nivel Federal, Estatal y Municipal se gastaron alrededor de \$230 billones de dólares (Bureau of data management and strategy health financing administration 1990".¹⁷ Con lo que se refiere al gasto federal, incluyendo Medicare y Medicaid se gastaron \$125 billones de dólares con gastos anuales de \$560 dólares por persona "US Department of Commerce, 1990".¹⁸

Correspondientes a gastos estatales fueron alrededor de \$19 billones de dólares sin tomar en cuenta los gastos al Medicaid, observando un gasto por persona de \$50.00 a \$56.00 dólares mensuales "Public Foundation, 1990".¹⁹ Los gastos

16 Wally McNamee, "LET THE DEBATE BEGIN" en, Newsweek Special Health Care Issue, October 4, 1993, pp.28-35.

17 Metropolitan Chicago Health care Council, Issue Reports 1991-1992, pp.101-189.

18 Ibid., p. 191.

19 Ibid., p. 156.

municipales fueron alrededor de \$5 billones de dólares.²⁰

En todos los niveles gubernamentales, en 1990 el gasto por servicios médicos es de 500 billones de dólares. A partir de 1991, uno de los principales objetivos en cuanto a materia de salud se refiere, durante el periodo del Presidente George Bush, a la reducción del presupuesto para la Salud Pública en sus diferentes programas; de esta forma se inició el recorte del presupuesto en un 25% que corresponde a los estados y sus programas.

Las reformas al Sistema de Salud Pública son el punto central de los legisladores y de la comunidad médica de las aseguranzas médicas; pero aún más importante es para la población en general.

Para la solución de esta crisis se han propuesto cuatro puntos básicos para su reforma:

- 1) "Reforma centralizada: en la cual el gobierno es el proveedor único del servicio médico.
- 2) "Base pluralística: el empleador está obligado a proveer aseguranza médica, o poner a sus empleados en un programa público de aseguranza médica.
- 3) "Reforma incremental: comprende deducciones al empleador por el costo de servicios médicos.
- 4) "Reformas basadas en el consumo: como una forma de créditos o métodos que incentiven la compra de

coberturas médicas".²¹

Todas estas reformas se han proclamado para que el Presidente William Clinton y el Congreso de los Estados Unidos presenten el más viable y conveniente para la población en general así como para la comunidad médica.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL MEDICARE Y MEDICAID

Medicare es un programa de aseguranza médica implementado por el Gobierno Federal. Este programa se inicia en el año de 1965, y se dedica a personas mayores de 65 años. Protege a cualquier persona no importando su edad o indisponibilidad física. "El Medicare está administrado por la oficina de Administración y Financiamiento para el Cuidado de la Salud (Health Care Financial Administration) bajo la dirección del US. Department of Health and Human Services".²²

Las oficinas locales del Seguro Social se encargan del procesamiento de solicitudes del Medicare, así como el de proveer información al público sobre este programa. Actualmente Medicare cubre alrededor de 35 millones de personas de las cuales 3 millones son minusválidas y 150 mil son pacientes con problemas de alguna deformación física por nacimiento.

Medicare está formado por dos apartados: el primero, una

21 Ibid., p. 163.

22 Health Care Financial Administration, p.14

aseguranza hospitalaria (parte A) y la segunda, una aseguranza médica suplementaria (parte B). La primera, la parte A, realiza pagos por cuidados hospitalarios, por servicios de enfermería en la casa o bien por el cuidado de agencias de salud. Si la persona es admitida en el hospital, Medicare provee cobertura de pago por cuarto semi-privado, comidas, servicios de enfermería, cirugías, cuidado intensivo, medicamentos, exámenes de laboratorio así como Rayos X. La parte B hace el pago por visitas al médico, exámenes de laboratorio, en clínicas y otros suministros médicos incluyendo, equipo médico. Estos servicios médicos son cubiertos por Medicare no importando donde la persona los reciba dentro del país.

Medicare aseguranza hospitalaria parte A, está financiada principalmente por el Seguro Social proveniente de la deducción al salario semanal o quincenal de los trabajadores. La parte del Medicare es deducida de la forma siguiente: 1.45 % proviene del salario del empleado y otra misma cantidad proviene del empleador. Medicare parte B la cual es opcional y financiada por el pago extraordinario de aquellas personas que optaron pagar por esta cobertura, así como por los ingresos generales del Gobierno Federal. "El pago extra por esta cobertura es de \$29.90 dólares mensuales. Esta tarifa extra paga el 25% del costo de la parte B y los impuestos generales cubren un 75% de la parte A".²³

Por su parte, el Medicaid es un programa del Gobierno Estatal y Federal que es financiado para el cuidado médico específicamente

de la gente pobre. Sin embargo, cada estado tiene su propio programa de Medicaid y es otorgado a una variedad de ciudadanos desde su cuidado médico hasta su bienestar social. Toda persona pobre es elegible para este programa. Cada programa de Medicaid está financiado por los fondos federales y estatales siendo administrado por este último pero con regulaciones señaladas por el Gobierno Federal.

Los pagos del Medicaid son hechos únicamente a proveedores de cuidados médicos, y es pagado totalmente aún cuando es sujeto a límites establecidos por reglas federales. "Los programas del Medicaid son generalmente pagados por el Medicare, debe tenerse presente que Medicare es un programa de aseguranza médica del Gobierno Federal para los ancianos y minusválidos, no importando su nivel o status social. Por otra parte Medicaid es un programa de asistencia conjuntamente financiado por el Estado y el Gobierno Federal y está dirigido únicamente a las personas pobres".²⁴

El Medicaid cubre también el pago por el cuidado médico de todos sus beneficiarios dentro del programa de ayuda a las familias con niños (Aid to Families with Dependent Children). También la mayoría de los Estados protege al necesitado, al anciano, al discapacitado, quienes reciben ayuda en efectivo bajo el Ingreso de Seguridad Suplemental, (Supplemental Security Income). La cobertura es también extendida a ciertos infantes y mujeres con

24 U.S. Department of Health and Human Services, Medicare commonly asked questions about Medicare, p. 18.

un bajo ingreso económico, así como a otros individuos otorgándoles el pago por servicios hospitalarios.

EL HOSPITAL COOK COUNTY DE LA CIUDAD DE CHICAGO

Tomando en consideración lo anotado con anterioridad, se procede ahora a explicar la función pública y social del Hospital Cook County.

El Hospital Cook County de la ciudad de Chicago es el único hospital público que no es financiado o subsidiado por el Gobierno Federal o Estatal. Está localizado en el lado oeste de la ciudad, asentado en 28 acres; se encuentra en medio de una gran área de hospitales privados. Los orígenes del Hospital Cook County se remontan a 1835. Es en ese mismo año en que tres miembros del Consejo de Comisionados establecieron la Casa Pública de las Almas (Public Alms House) en una plaza pública en el llamado pueblo de Chicago. El presupuesto del Hospital fue en esa época limitado a \$27.67 dólares. Con ello proveía el cuidado médico gratuito a personas extremadamente pobres; por éstas entendemos aquellas personas que no tienen un ingreso económico fijo o bien, su ingreso es menor a \$3,500.00 dólares anuales.

Actualmente, el Hospital Cook County cuenta con 918 camas y es uno de los Hospitales Generales más grandes del mundo. En 1992, 245,269 mil personas fueron admitidas como pacientes de cama, con una población diaria de alrededor de 672 pacientes; además de 165

mil que no fueron admitidos como pacientes de cama siendo tratados en las clínicas del hospital. Todas estas personas fueron tratadas con el dinero de los contribuyentes.

En 1992, el dinero destinado para el mantenimiento y operación del Hospital Cook County fue de 500 millones de dólares incluyendo también el dinero destinado para la escuela de enfermería, cuyos estudiantes se entrenan y practican en el mismo hospital. El presupuesto anual del hospital proviene de la Corporación de los Fondos del Condado de Cook.

El Hospital Cook County tiene presupuestado para su administración de caridad la cantidad de 120 millones de dólares de su 52 ¢ que es el costo total de operaciones del presente año.

Uno se preguntará, por qué el Condado de Cook provee ayuda médica al pobre; una parte de la ley trata sobre la asistencia médica a éste. El capítulo 23 párrafos 439-44 de las Leyes Estatales dice "cuando cualquier persona se enferma o muere no teniendo suficiente dinero, propiedad u otro recurso incluyendo su ingreso, o ningún otro, en un término de doce meses para cubrir los gastos necesarios del médico u hospital, el supervisor general de asistencia está encargado de proveer ayuda al paciente".²⁵

Esto no significa que la gente pobre o desamparada recibirá cuidado médico sin costo alguno: si hubiesen algunos miembros de

25 Ley del Estado de Illinois, Welfare and protection to the indigent, p. 18.

la familia del paciente, éstos estarán obligados a liquidar los gastos causados por el enfermo. Pero si la familia no pagara, entonces el Hospital Cook County se dará a la tarea de llevar a los familiares a juicio legal para recibir el pago por dichos servicios.

Durante 1992, el Hospital de Cook County recibió por parte de los pacientes 25 millones de dólares como forma de pago por sus servicios y 55 millones de dólares por parte de las aseguranzas médicas de aquellas personas que estuvieron en el Hospital.

Actualmente, el pago que el paciente hace al Hospital Cook County es de \$120.00 dólares a \$975.00 dólares (dependiendo de los ingresos del paciente) por diversos tipos de tratamientos, incluyendo emergencia, y siendo el servicio de cirugía en un día sin estancia extra en el hospital la tarifa más alta de \$975.00 dólares.

"Para la operación de un hospital de grandes dimensiones como lo es el Hospital Cook County cuenta con 4326 empleados, encontrándose con una necesidad mayor de personal cada día. Los empleados se encuentran divididos en las siguientes áreas:

1305 Personal de mantenimiento y personal
administrativo

607 Enfermeras graduadas incluyendo supervisores

123 Enfermeras de la escuela de enfermería

322 Estudiantes de enfermería de otras escuelas

252 Enfermeras graduadas en su año de práctica
883 Asistentes médicos
135 Doctores internos
179 Médicos residentes
185 Médicos asociados

Los médicos asistentes son practicantes y muchos de ellos con un sobresaliente renombre en la práctica privada, donando cierto número de horas cada semana sin recibir un sueldo".²⁶

CONCLUSIONES

I

La base del desarrollo en el sistema médico norteamericano y en este caso del Hospital Cook County es la de asegurar el acceso a los servicios médicos a la población del Cook County. Sin embargo, por tener recursos limitados, así como altos costos en servicios médicos, el objetivo primario del Hospital Cook County, es concentrar sus servicios en aquellos residentes que están medicamente delicados, o bien si no se encuentran en estado crítico, los pacientes no reciben servicio médico.

En la última década, el sistema médico norteamericano vive una crisis profunda en cuanto a sus costos por servicios médicos; es, por ello, que no sólo el sector privado se encuentra con problemas de mantener sus servicios médicos en función, sino

²⁶ Legal Notice, January 6-7, pp.60-61.

también el sector público.

II

Por otra parte, los problemas de salud en México son variados. La mayoría comprende el ámbito nacional aunque otros tienen su carácter regional. El Hospital General de México tiene como objetivo el de seguir sirviendo a la comunidad eficazmente. Si bien es cierto que los costos de operación del sistema de salud se han incrementado en las últimas cuatro décadas, la población demanda más y mejores servicios, la tecnología se ha complicado y los presupuestos destinados a la salud pública no han aumentado en proporción al encarecimiento de los insumos y la demanda de los servicios se ha incrementado año con año; el Hospital General de México ha sabido encarar estas condiciones con el objetivo de brindar sus servicios a la población en general.

Ante la limitación de recursos y el gran número de problemas que exigen atención, es imperativo adjudicar prioridades en el ejercicio presupuestal, así como en el estudio e investigación de la patología la cual debe de ser atendida prioritariamente. Sin embargo, a pesar de la escasez monetaria, y de la tecnología moderna, el Hospital General de México se ha mantenido como una institución capaz de consolidar una planta de médicos más fuerte en el ámbito de la medicina, así como un centro educacional y formador de grandes médicos, no descuidando sus tareas de investigación, en donde se han producido nuevas técnicas de cirugía y tratamiento médico.

III

Por otro lado, en los Estados Unidos no existe ninguna duda acerca de la cantidad de servicios médicos otorgados a la población y en este caso el del Hospital Cook County; sin embargo, con respecto a la calidad varía de una institución privada a una pública. Es incomprensible que siendo uno de los mejores sistemas médicos del mundo en cuanto a tecnología, algunos médicos y hospitales proporcionan un servicio médico deficiente y con carencias en algunas áreas médicas.

Pero de nuevo surge la pregunta ¿Por qué la calidad de los servicios es diferente? la respuesta es que el sistema público y privado de salud americana no fue estructurado para dar un servicio de calidad. En este sentido, son dos los elementos a considerar: primero es la valoración de una buena calidad, la cual es uno de los procesos por los cuales el cuidado médico es evaluado, pero en muchas áreas de los Estados Unidos no hay un sitio para la valoración y mucho menos para un proceso de cuidado o bien de buenos alcances. Revisando así los resultados de los consumidores, éstos se encuentran virtualmente integrados, como consecuencia de un pobre conocimiento dado por médicos e instituciones hospitalarias.

Esto conlleva al segundo problema el cuál es la calidad de las aseguranzas, calidad en cuanto a los objetivos de cumplir con el buen servicio. Este proceso el cual defectuosamente medido en una valoración de calidad está ratificado con un significado de

una continuidad de la educación y administración o cambios en la fuerza de trabajo.

Esto es evidente ya que sin una valoración de objetivos es inútil, así como imposible. Por consiguiente, en el servicio médico de norteamérica, predomina la falta de calidad integral, dado que no hay un compromiso solidario con la salud del paciente.

IV

La problemática que enfrenta el Hospital General de México es característica de los grandes centros urbanos con problemas de congestiónamiento, resultante de la falta de previsión del crecimiento poblacional. Esto ha provocado que el tamaño de la población exceda el número óptimo de habitantes en relación a la cantidad y calidad de los recursos de que se dispone y por tanto, a la capacidad de dar un servicio altamente calificado.

Sin embargo, a pesar de la gran concentración de la población en la ciudad de México, el Hospital General cumple bien con la responsabilidad de otorgar servicios médicos, no sólo a la población de la ciudad de México, sino también a la del interior de la República.

V

En los primeros años de 1990 los Hospitales Cook County y el

Hospital General de México tuvieron casi la misma cantidad de pacientes, teniendo el Hospital Cook County una diferencia de 100 pacientes más. De acuerdo con su censo diario, se mantuvo en un mismo nivel; sin embargo, con referencia a la estancia del paciente en el hospital se empieza a observar una gran diferencia entre ambos hospitales. . Mientras el Hospital Cook County mantiene a sus enfermos de 5 a 7 días por cualquier causa de enfermedad, el Hospital General de México lo mantiene hasta 15 días. Si bien es cierto que el Hospital General de México cuenta con 450 camas más de acuerdo con su informe de labores de 1992, esto no significa que pueda mantener más tiempo a sus enfermos, sino que es testimonio de la preocupación de los médicos para que los pacientes se recuperen plenamente.

Con lo que respecta a su número de trabajadores, ambos hospitales tienen casi el mismo número de personas trabajando a pesar de que el Hospital General de México tiene un mayor número de camas. Pero dentro de su presupuesto anual, el Hospital Cook County es tres veces mayor que el del Hospital General de México, y esto es debido a los altos costos por servicios por parte del Cook County, aún cuando en México estos costos son altos no llegan a ser tanto como en los Estados Unidos.

Los criterios que se utilizan para el cobro de servicios médicos hacia los pacientes son similares en algunos puntos. Por ejemplo: el estudio socioeconómico que se practica en el Hospital General de la ciudad de México en el cual se tienen 5 niveles que van desde el primer nivel que representa el ingreso mínimo anual

por parte del paciente hasta el quinto nivel que es 5 veces el ingreso mínimo anual.

Y es a partir de este ingreso anual cuando se fijan las cuotas de pago por parte del paciente. En el hospital general no importa el bajo nivel de ingresos del paciente, el cual está obligado a hacer un pago por los servicios que obtenga ya sea una consulta médica o bien una intervención quirúrgica.

Mientras tanto, en el Hospital Cook County, se mantienen 12 niveles económicos; éstos niveles son catalogados también por el ingreso, y están acompañados por el número de hijos que tiene el enfermo.

Lo crítico del sistema del Cook County es que el paciente está exento de pagos del primer nivel hasta el cuarto nivel de ingresos de acuerdo con su informe y tabuladores de tarifas hacia los pacientes del año de 1993, que es de \$11,700 dólares anuales esto es, no se paga por consulta médica, exámenes médicos o bien en una cirugía es llevando hasta el quinto nivel de \$12,800 dólares, cuando el paciente empieza a pagar parte de los servicios que recibe en el hospital.

Si tenemos presente que en todos los niveles el Medicaid va a pagar, esto va a representar una gran carga económica, así como para la gente que paga impuestos para el condado de Cook. Lo anterior no sucede en el Hospital General de México, ya que sus cuotas de recuperación ayudan a la carga de gastos del hospital.

A N N O S

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	AÑO 1 9 9 1	AÑO 1 9 9 2	AÑO 1 9 9 3
Servicio a pacientes	226,970	249,561	257,721
Censo diario	630	695	735
Promedio de Estancia	12.5	15.4	14.9
Admisión mensual	18,914	20,796	21,476

Datos recabados del Informe de Labores de la Secretaría de Salud, Hospital General de México. pp. 58-60.

HOSPITAL COOK COUNTY	AÑO 1988	AÑO 1989	AÑO 1990	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993
Servicio a Pacientes	237,227	237,943	239,338	245,237	245,269	257,825
Censo diario (Pacientes)	652	654	656	679	672	693
Promedio de Estancia (Días)	6.7	6.8	7.0	7.1	6.9	5.7
Admisiones Mensuales	34,409	34,157	33,891	33,982	33,122	35,226

Fuente Legal Notice, August 26, 27 1993. Cook County pp. 10-14.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, Villanueva Luis F., Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Ed. Miguel Angel Porrúa, México, 1990.
2. ALVAREZ, Amézquita y Bustamante José, Desarrollo de los Servicios Médicos en México. Ed. Diana, México, 1980.
3. BURTON, Lloyd, Public Health and Community. Medicine Editions, Chicago IL. 3rd Edition 1990.
4. CABAÑAS, Martínez Gustavo, La administración municipal y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Instituto Nacional de Administración Pública, México, 1987.
5. DELUCA, Louis, Health Care. Information Systems Editions, Philadelphia, 1987.
6. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud 31 de diciembre 1992.
7. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud 5 de septiembre 1986.
8. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud 18 de febrero 1985.
9. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud 26 de enero 1987.
10. FERNANDEZ, Castillo Francisco Dr., El Hospital General de México: Antecedentes y evolución. Reseña Histórica. Editora ARS, México, 1990.
11. GLADDEN, N.E., A History of Public Administration. Internal Schoolary Books Services Editions, Boston, 1991.
12. HANLON, John Joseph, Public Health: Administration and Health Practice. Newe York, 1989.
13. HERNANDEZ, Colín Agustín, La Administración Pública y el Profesional en Trabajo Social. Instituto de Administración Pública, México, 1989.
14. Informe de Labores 1989-1992. Programa de Trabajo 1992-1995. Secretaría de Salud, Hospital General de México 1992.
15. Informe de Labores 1993. Secretaría de Salud, Hospital General de México 1993.
16. JEHLE, F. Faustín. The Complete and Easy Guide to Social Security and MEDICARE. 9th Edition, Fraaer Vance Publication, Washington D.C. 1992.

17. "Legal Notice" Cook County Illinois, July 26, 27 1993.
18. LERNER, Allan W., Public Administration: A realistic interpretation of contemporary public management. The University of Illinois at Chicago, Editions, 1992.
19. Manual de Organización: Especifico del Hospital General de México, Subsecretaría de Servicios de Salud, julio 1993.
20. Medicare, U.S. Department of Health and Human Services. Health Care Financing Administration 1993.
21. MEDICARE and Medical Benefits, By CCH Business Law Editor 1992.
22. "Metropolitan Chicago Health Care Council", Issue Reports. Chicago Illinois 1991 and 1992.
23. ODIN, W. Anderson, Health Services in the United States: A growth enterprise since 1875. Health Administration Press, Michigan, 1985.
24. ORTEGA, Lomelin Roberto, "La Rectoría del Estado y la Política Nacional de Salud", en Revista de Administración Pública, núms. 69-70 INAP, México, 1987.
25. "Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994", La Jornada, Noviembre 1, de 1988. pp. 51-57.
26. SAMANIEGO, Breach Ricardo, "Ensayos sobre la economía de la ciudad de México", Secretaría de Planeación y Finanzas del Departamento del Distrito Federal, México, 1992.
27. SOBERON, Acevedo Guillermo, Hacia un Sistema Nacional de Salud. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud, UNAM, México, 1984.
28. U.S. Department of Health and Human Services. Medicare O & A Commonly Asked Questions About MEDICARE. Health Care Financing Administration, Washington D.C. 1992.
29. VAZQUEZ, Valdez Manuel, Programa Hospital Digno: Lineamientos de Operación. Secretaría de Desarrollo Social 1992.