

106
ZEF



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ECONOMIA

**LA ATENCION DE LA SALUD EN MEXICO
Y SUS PERSPECTIVAS ANTE EL T.L.C.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMIA

P R E S E N T A N :

J. REFUGIO VENTURA PEREZ PEREZ

JULIETA GLORIA RUBIO LECHUGA



DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS SCHAFFER VAZQUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS ES DEDICADA:

A LOS PROFESORES DE LA FACULTAD DE ECONOMÍA DE LA U.N.A.M.

DE J. REFUGIO VENTURA PARA:

DE JULIETA GLORIA PARA:

PADRES:

SALOMÓN PÉREZ A.

JOSEFINA PÉREZ DE P.

PADRES:

PBRO. LUCINO RUBIO Z.

GLORIA LECHUGA DE R.

HERMANOS:

TRINIDAD, ADOLFO, NOEMÍ,

ROSA MARIA, BERTA,

MARIA SALOMÉ Y LUIS.

HERMANOS:

ELEAZIN Y URIEL.

TÍA:

AMALIA PÉREZ M.

TÍA:

CARLOTA LECHUGA O.

PRESENTACIÓN

EL ESTUDIO DE LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO RESULTA POCO ATRACTIVO PARA LOS PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑAN EN ESTA ÁREA, PROBABLEMENTE POR LA DIFICULTAD QUE ENCIERRA EL DEFINIRLA Y POR LO TANTO CUANTIFICARLA, O TAL VEZ PORQUE EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE ENCUENTRA DOMINADO POR EL SECTOR PÚBLICO, Y EN DICHO SECTOR, NO EXISTE UNA PREOCUPACIÓN ESPECIAL DE COMO ELEGIR LA FORMA MÁS RACIONAL DE CANALIZAR RECURSOS A LA ATENCIÓN, PRESERVACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS NIVELES ALCANZADOS POR ESTE BIEN SOCIAL, EN VIRTUD DE QUE EN CASO DE ALGÚN PROBLEMA, LA SOLUCIÓN IMPLICA RECURSOS SIN APARENTES LÍMITES PORQUE VA EN JUEGO LA VIDA. ADEMÁS, EXISTEN REZAGOS IMPORTANTES EN CUANTO A LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DISPONIBLE PARA ABORDAR EL ESTUDIO DEL ESTE TEMA.

EN CONSECUENCIA EL ENSAYO QUE SE PRESENTA, A PARTE DE DEMOSTRAR LA VALIDEZ DE LA HIPÓTESIS QUE SUSTENTA EL DESARROLLO DEL DOCUMENTO, TIENE COMO PROPÓSITO LLAMAR LA ATENCIÓN DE LOS ECONOMISTAS PARA QUE RETOMEN Y PROFUNDICEN LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD, TODA VEZ QUE MOVILIZA IMPORTANTES RECURSOS PARA LOS CUALES SE DEBE DECIDIR EN LA FORMA MÁS RACIONAL ECONÓMICA Y SOCIALMENTE, CLARO, SIN DEJAR DE LADO LO QUE SIGNIFICA PARA LA SOCIEDAD.

LOS AUTORES DEL DOCUMENTO QUE A CONTINUACIÓN SE MUESTRA, DEJAMOS CONSTANCIA DE NUESTRO AGRADECIMIENTO AL DOCTOR CARLOS SCHAFFER VÁZQUEZ, DIRECTOR Y ASESOR DEL PROYECTO DE TESIS POR EL APOYO BRINDADO Y LA VALIOSA ORIENTACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL MISMO, Y A LOS LICENCIADOS CELIA M. GODINEZ PUEBLA, AURORA MÉNDEZ RAMÍREZ, JORGE FEDERICO GIL RODRÍGUEZ, HÉCTOR CULEBRO VICTORIO Y JOSÉ LUIS ROSALES GUTIÉRREZ POR LOS COMENTARIOS Y SUGERENCIAS QUE PERMITIERON PERFECCIONAR EL DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO A LA MAESTRA ASA CRISTINA LAURELL, DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL DE LA U.A.M.-XOCHIMILCO; A LOS FUNCIONARIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES DE LA S.E.P. Y A LOS ASESORES DEL SUBSECRETARIO DE PLANEACIÓN DE LA S.S.A. POR LOS COMENTARIOS Y MATERIALES PROPORCIONADOS.

Í N D I C E

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	4
1.1 EL CONCEPTO DE SALUD Y LA ATENCIÓN A LA SALUD	4
1.2 ENFOQUE MICROECONOMICO	8
1.2.1 ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA	9
1.2.2 LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	11
1.2.3 LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	13
1.3 LA CORRIENTE SOCIAL	16
2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAÍSES SOCIOS	23
2.1 LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	23
2.1.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO	24
2.1.2 RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD	28
2.1.3 GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD	34
2.1.4 DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	37
2.1.5 PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO	49
2.1.6 REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD EN LA ADMINISTRACIÓN DE BILL CLINTON	49
2.2 LOS SERVICIOS DE SALUD EN CANADÁ	52
2.2.1 FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ	52
2.2.2 PRINCIPALES RECURSOS	55
2.2.3 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS	58
2.2.4 DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	60
2.2.5 INNOVACIONES Y VENTAJAS DEL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ	63

3. EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO	66
3.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	66
3.2 LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	71
3.2.1 RECURSOS HUMANOS	71
3.2.2 INFRAESTRUCTURA FÍSICA	75
3.2.3 RECURSOS FINANCIEROS	81
3.2.4 COBERTURA POTENCIAL	88
3.2.5 COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	90
3.3 LA DEMANDA DE SERVICIOS	94
3.3.1 COBERTURA REAL	95
3.3.2 MORTALIDAD Y MORBILIDAD	96
3.3.3 INGRESOS PERSONALES Y GASTOS EN SALUD	103
3.3.4 SERVICIOS OTORGADOS	107
4. PRINCIPALES ACUERDOS DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO	114
4.1 EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA	115
4.2 INSUMOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	119
4.3 COMPRAS DEL SECTOR PÚBLICO	120
4.4 INVERSIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS	122
4.5 ASEGURADORAS DE SERVICIOS MÉDICOS	122
5. IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	126
5.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD	126
5.2 OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS	127
CONCLUSIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	134
ÍNDICE DE CUADROS	137

INTRODUCCIÓN

LA SALUD, NO OBSTANTE QUE SE PERCIBE Y SE HABLA DE ELLA CONSTANTEMENTE, ES UN CONCEPTO DIFÍCIL DE DEFINIR PORQUE NO ES UN ELEMENTO TANGIBLE. SIN EMBARGO, LA DEFINICIÓN MÁS ACEPTADA CORRESPONDE A LA EMITIDA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, QUE LA ESTABLECE COMO EL ESTADO COMPLETO DE BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES. ESTA DEFINICIÓN SE UTILIZA MÁS EN FORMA DECLARATIVA POR LA DIFICULTAD QUE ENCIERRA EL UTILIZAR PARÁMETROS PARA CUANTIFICARLA. ACTUALMENTE, SE MIDE EN REFERENCIA CON LAS ENFERMEDADES, RAZÓN QUE REFUERZA LA MANERA DE CONCEBIRLA COMO UN BINOMIO INDISOLUBLE, ES DECIR UN PROCESO DINÁMICO SALUD-ENFERMEDAD.

A TRAVÉS DE LA HISTORIA DEL HOMBRE LA SALUD SE HA EXPLICADO EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO ECONÓMICO SOCIAL, YA SEA DESDE LA IDENTIFICACIÓN DE UNA CONSECUENCIA MÁGICO-RELIGIOSA HASTA SER PRODUCTO DEL MISMO DESARROLLO ECONÓMICO-SOCIAL. PRECISAMENTE, CON BASE EN LOS NIVELES ALCANZADOS POR LA SOCIEDAD SE EXPLICA Y SE ATIENDE PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. POR CONSIGUIENTE, LA SALUD INFLUYE Y SE VE AFECTADA POR EL SISTEMA ECONÓMICO. POR LO TANTO, ES UN BIEN SOCIAL QUE REQUIERE SER ANALIZADO DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO. UN FACTOR FUNDAMENTAL DE DICHO ANÁLISIS CORRESPONDE A LOS RECURSOS QUE SE DESTINAN A MANTENER Y ELEVAR SUS NIVELES.

CON EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE (T.L.C.), QUE ES UN CONJUNTO DE REGLAS QUE SERVIRÁN PARA NORMAR LOS INTERCAMBIOS DE CAPITAL, MERCANCÍAS Y SERVICIOS, Y QUE PRETENDE ENTRE OTROS ASPECTOS CREAR UN MERCADO MÁS EXTENSO Y SEGURO, DA COMO RESULTADO QUE LOS ACUERDOS TENDIENTES A REGULAR EL INTERCAMBIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AUNQUE NO ESTÁN COMPRENDIDOS EN UN APARTADO ESPECÍFICO, INDIRECTAMENTE CONTEMPLAN LA FORMA EN QUE SE CONCEBE Y ATIENDE A LA SALUD EN CADA TERRITORIO. EN CONSECUENCIA, EL PROPÓSITO DE ESTE TRABAJO ES ANALIZAR EL IMPACTO DE LA FIRMA DEL T.L.C. EN EL SECTOR SALUD.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO, EXISTEN DIFERENTES CORRIENTES PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD, ENTRE LAS CUALES SE PUEDEN CITAR: LA MICROECONÓMICA, CUYO ENFOQUE COMPRENDE LA DISTRIBUCIÓN Y USO DE LOS RECURSOS A TRAVÉS DE LAS FUERZAS DEL MERCADO COMO LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS. ENTRE LOS PRINCIPALES EXPONENTES DE ESTA TEORÍA SE ENCUENTRAN HARRY GREENFIELD, SALMA J. MUSIKIN, MARTIN S. FELDSTEIN Y VÍCTOR FUCHS, ENTRE OTROS. Y LA SOCIAL, DONDE SE CONCEBE A LA ATENCIÓN A LA SALUD COMO UN FACTOR QUE DEBE SER ANALIZADO DE MANERA INTEGRAL A PARTIR DEL

FUNCIONAMIENTO DEL MOLDO DE PRODUCCIÓN ESPECÍFICO Y NO EXCLUSIVAMENTE DENTRO DEL MERCADO. LA DEFENDEN PRINCIPALMENTE HERNAN SAN MARTÍN Y VICENTE PASTOR.

EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE UTILIZAN PRINCIPALMENTE LAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS DE LA CORRIENTE MICROECONÓMICA, Y EN ALGUNOS CASOS LA DE TENDENCIA SOCIAL.

DE ESTA FORMA, EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD NACIONAL ES ANALIZADO DENTRO DEL CONTEXTO DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA CON ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (E.U.A.) Y CANADÁ. POR TAL MOTIVO SE HACE REFERENCIA A LOS ESQUEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE ESTOS PAÍSES, ASÍ COMO LOS ACUERDOS FIRMADOS.

POR EL TIPO DE ESTUDIO, SE EFECTÚA UNA RETROSPECTIVA A 1983 Y SE PREVIÉ EL IMPACTO DEL T.L.C. EN LOS SERVICIOS DE SALUD AL AÑO 2,000 QUE ES EL PUNTO DONDE LOS ACUERDOS DE TRANSICIÓN REFERENTES A LA PROTECCIÓN DE ALGUNOS SECTORES ECONÓMICOS SE FINIQUITAN Y SE ESTIMA QUE INICIA EL PROCESO DE MADURACIÓN DEL TRATADO DE LOS TRES PAÍSES.

EL ENSAYO QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTA PARTE DE LA HIPÓTESIS PRIMORDIAL QUE ESTABLECE LO SIGUIENTE: "LA ESTRUCTURA DEL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, CON LA PUESTA EN MARCHA DEL T.L.C., EN EL CORTO PLAZO NO SE VERÍA AFECTADA SIGNIFICATIVAMENTE, DEBIDO A LA BAJA CAPACIDAD ADQUISITIVA DE UN AMPLIO SECTOR DE LA POBLACIÓN Y A LA ALTA CONCENTRACIÓN DE LA RIQUEZA, LO QUE OBLIGA A PENSAR QUE LA MAYOR PARTE DE LOS HABITANTES CONTINUARÁN CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS. SIN EMBARGO, LOS PRIVADOS, TENDRÁN UNA TENDENCIA A ABARCAR UN PORCENTAJE MAYOR DENTRO DEL MERCADO, DERIVADA DEL BENEFICIO QUE ENCIERRA EL DISPONER DE TECNOLOGÍA MÁS AVANZADA E INSUMOS A MENORES PRECIOS, POSIBLES INVERSIONES EN HOSPITALES Y EL AUGE DE ASEGURADORAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA".

PARA COMPROBAR ESTA HIPÓTESIS SE PRESENTA UN DOCUMENTO QUE COMPRENDE SEIS APARTADOS, CINCO DE ANÁLISIS Y UNO DE CONCLUSIONES. EN EL PRIMER CAPÍTULO "MARCO TEÓRICO DEL ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA SALUD", SE ESPECIFICA EL CONCEPTO DE SALUD QUE SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DEL ENSAYO, Y SE HACE UNA BREVE REFERENCIA A LAS PRINCIPALES CORRIENTES QUE HAN SURGIDO EN TORNO A COMO SE PUEDE ESTUDIAR LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CIENCIA DE LA ECONOMÍA.

EN EL SEGUNDO CAPÍTULO "PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS PAÍSES SOCIOS", SE MENCIONAN A GRANDES RASGOS COMO ESTÁN CONFORMADOS Y OPERAN, LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS MISMOS, A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LOS RECURSOS HUMANOS,

FÍSICOS, FINANCIEROS, USO DE LA INFRAESTRUCTURA, VENTAJAS QUE PRESENTAN Y MEDIDAS QUE PRETENDEN HACERLOS MÁS EFICIENTES, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UN MARCO DE REFERENCIA PARA ESTIMAR EL IMPACTO EN EL MERCADO MEXICANO.

DENTRO DEL CAPÍTULO TERCERO "EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO", SE ANALIZA A PARTIR DE 1983 HASTA LA FIRMA DEL T.L.C. COMO SE HA MODIFICADO LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASÍ COMO LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN, LA OFERTA Y DEMANDA EXPLICADAS A TRAVÉS DE LOS RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA FÍSICA, RECURSOS FINANCIEROS, COBERTURA, COSTOS, UTILIZACIÓN Y DAÑOS A LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

EN EL CAPÍTULO CUARTO "PRINCIPALES ACUERDOS DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO", SE ENLISTAN E INTERPRETAN LOS PRINCIPALES CONVENIOS EN MATERIA DE SERVICIOS PROFESIONALES, INTERCAMBIO DE MERCANCIAS, INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y ASEGURADORAS.

Y POR ÚLTIMO, EN EL CAPÍTULO QUINTO "IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD", SE SEÑALAN LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA FIRMA DEL T.L.C. EN EL MERCADO DE SERVICIOS EN MÉXICO, EN FUNCIÓN DE LA TENDENCIA ESPERADA DE LA OFERTA Y DEMANDA HACIA LOS AÑOS 2,000 E INMEDIATAMENTE SUBSECUENTES.

1. MARCO TEÓRICO DEL ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA SALUD

LA SALUD ES UN ÁREA FRECUENTEMENTE ABANDONADA POR LOS ECONOMISTAS, NO OBSTANTE QUE INFLUYE Y SE VE AFECTADA POR EL SISTEMA ECONÓMICO. INTERVIENE EN LOS MOVIMIENTOS DE LA PRODUCTIVIDAD Y ES UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA EL PLENO DISFRUTE DE LA VIDA. COMPTE. ADEMÁS, EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS CON OTROS COMPONENTES DEL BIENESTAR SOCIAL COMO EL EMPLEO, LA EDUCACIÓN, LA ALIMENTACIÓN Y LA VIVIENDA. POR TALES RAZONES RESULTA CONVENIENTE ANALIZAR EL CONCEPTO DE SALUD Y LA MANERA COMO LA ECONOMÍA EXPLICA EL PROCESO ORIENTADO A PROTEGER LA SALUD, MEJORAR LOS NIVELES Y LA DISTRIBUCIÓN DE ESTE BIEN EN LAS SOCIEDADES HUMANAS. AL RESPECTO, EN LA ACTUALIDAD EXISTEN ENTRE OTRAS DOS GRANDES CONCEPCIONES TEÓRICAS EN LA CIENCIA ECONÓMICA SOBRE LA SALUD: EL ENFOQUE MICROECONÓMICO Y LA CORRIENTE SOCIAL. LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE ESTOS TÓPICOS SE PRESENTAN EN EL DESARROLLO DE ESTE APARTADO.

1.1 EL CONCEPTO DE SALUD Y LA ATENCIÓN A LA SALUD

LA PALABRA "SALUD" SE DERIVA DE LA RAÍZ INDOEUROPEA "SAN" QUE SIGNIFICA CONSERVACION DE SÍ MISMO. ESTA ACEPCIÓN HA EVOLUCIONADO EN DOS CAMINOS, "SANITAS Y SALUD" POR UN LADO Y "SALVATUS Y SALUDO (SALUT)" POR EL OTRO¹.

DEFINIR A LA SALUD APARENTA SER UNA TAREA FÁCIL, EN VIRTUD DE QUE USAMOS COTIDIANAMENTE EL TÉRMINO CON SENTIDO COMÚN RELATIVO A UNA APRECIACIÓN SUBJETIVA DE BIENESTAR. AL MISMO TIEMPO, SE REPRESENTA A LA ENFERMEDAD COMO UNA SENSACIÓN DE MALESTAR QUE IMPLICA DOLOR, ANGUSTIA O INCAPACIDAD FUNCIONAL, ASPECTOS QUE SON MOTIVO EN LA CONSULTA DE LOS INDIVIDUOS CUANDO BUSCAN ATENCIÓN MÉDICA. ESTA ASOCIACIÓN SALUD-BIENESTAR Y ENFERMEDAD-MALESTAR, EN UN ANÁLISIS SUPERFICIAL, CONLLEVA PROBLEMAS DE TEMPORALIDAD Y MAGNITUD POR EJEMPLO. UNA PERSONA PUEDE SENTIRSE INDISPUESTA POR POCO TIEMPO Y NO ESTAR ENFERMA: AL MALESTAR DE CANSANCIO DESPUÉS DE UNA JORNADA DE TRABAJO NADIE SE ATREVERÍA A LLAMARLE ENFERMEDAD, EN CONTRASTE SI SE TIENE MUCHA ENERGÍA SE AUTOCALIFICA COMO SALUDABLE.

UNA SOLUCIÓN PARA LA DIFICULTAD DE PRECISAR EL CONCEPTO DE SALUD FUE PROPONER, HACE ALGUNAS DÉCADAS, QUE FUERA LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES². PARECÍA MÁS SENCILLO PARTIR DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL PODRÍA DEFINIRSE CON BASE EN TRES CRITERIOS: LA EXISTENCIA DE UN FENÓMENO PATOLÓGICO, LA ALTERACIÓN MANIFIESTA DE LA FUNCIONALIDAD BIOLÓGICA Y

¹SAN MARTÍN Y PASTOR. ECONOMÍA DE LA SALUD. INTERAMERICANA DE ESPAÑA, MCORAW-HILL, MADRID, 1989. PÁG. 50

²MORA CARRASCO Y HERCH MARINEZ. INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA. MÉXICO: FRUITAS Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, 1990. PÁG. 29

SOCIAL DEL INDIVIDUO; Y, LA CAPACIDAD PARA PODER CLASIFICAR LA ENFERMEDAD. SIN EMBARGO, ESTA CONCEPCIÓN SE ENFRENTÓ A CIERTOS PROBLEMAS COMO NO TODO PROCESO PATOLÓGICO IMPLICA UNA ENFERMEDAD, CASO CONCRETO LAS LESIONES; LA FUNCIONALIDAD DEPENDE DE VALORES IMPUESTOS POR LA SOCIEDAD Y NO EXISTE UN PARÁMETRO HOMOGÉNEO PARA ESTABLECERLOS; Y, GRANDES COMPLICACIONES PARA ORDENAR LAS ENFERMEDADES, PARTICULARMENTE, POR EL ORIGEN O AGENTES QUE LAS PRODUCEN.

COMO SE PUEDE OBSERVAR EXISTE UNA GRAN DIFICULTAD PARA DEFINIR LA SALUD, ESENCIALMENTE, PORQUE NO ES UN ASPECTO TANGIBLE, PERO AL MISMO TIEMPO ES UN BIEN SOCIAL E INDIVIDUAL. EL CONCEPTO MÁS ACEPTADO ES EL INCORPORADO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y QUE LA DESCRIBE COMO "UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE AFECIONES O ENFERMEDADES"³. ESTA DEFINICIÓN PRESENTA LIMITACIONES PARA SER APLICADA EN FORMA CIENTÍFICA: NO TIENE LA CATEGORÍA DE FENÓMENO SOCIAL E HISTÓRICO. EN LOS TÉRMINOS QUE SE PLANTEA, LA CUANTIFICACIÓN NO ES SENCILLA, ASPECTO QUE INCLINA A LOS TRABAJADORES DE SALUD LA UTILIZACIÓN EN FORMA DECLARATIVA. LA ENFERMEDAD ES MÁS FÁCIL MEDIR QUE EL BIENESTAR POR LO QUE PARA TENER UNA IDEA DE LA SALUD SE HACE REFERENCIA A LOS DAÑOS, LA INCAPACIDAD Y LA MUERTE.

QUEDA EVIDENTE LA IMPOSIBILIDAD DE HABLAR DE SALUD SI NO SE REMITE A LA ENFERMEDAD, POR LO TANTO, LA SALUD-ENFERMEDAD ES UN PROCESO "... CONTINUUM QUE SE MANIFIESTA SIMULTÁNEAMENTE COMO UNA UNIDAD DE DOS CONTRARIOS, EN EL SENTIDO DE QUE UN ASPECTO, O ELEMENTO NO PUEDE EXISTIR SIN EL OTRO"⁴.

A TRAVÉS DE LA HISTORIA EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD SE HA EXPLICADO DE ACUERDO CON LOS NIVELES CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO ALCANZADOS POR LAS SOCIEDADES HUMANAS, LA ORGANIZACIÓN Y LA CULTURA⁵. LOS PRINCIPALES MODELOS Y RESPECTIVAS CARACTERÍSTICAS SON LAS SIGUIENTES:

A) MÁGICO-RELIGIOSO. PREVALECE EN LAS COMUNIDADES PRIMITIVAS, EDAD MEDIA Y HASTA LA ACTUALIDAD. LA ENFERMEDAD TIENE SU ORIGEN EN FUERZAS O ESPÍRITUS MALIGNOS, EN CASTIGOS DIVINOS POR COMPORTAMIENTOS INADECUADOS Y EN UN ESTADO QUE PONE A PRUEBA LA FE. FACILITA LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE INMINENTE, PERO CIRCUNSCRIBE LA

³ALLEYNE, GEORGE. "LA SALUD Y DESARROLLO". BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. VOL. 94 No.4 ABRIL 1983. PAG 315

⁴COPLAMAR. NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO. SALUD. MÉXICO. SIGLO XXI. 1983. SEGUNDA EDICIÓN VOL. 4 PAG 19

⁵MORENO, GÚEMEZ Y LÓPEZ. FACTORES DE RIESGO EN AL COMUNIDAD. ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD COLECTIVA. T.I. MÉXICO: UNAM. 1990. PAG. 15-22

PREVENCIÓN A OBEDIENCIAS DE NORMAS Y TABÚES. LA CURACIÓN SE LLEVA A CABO POR RITOS PROPICIATORIOS O REPARATORIOS. IMPIDE EL AVANCE DEL CONOCIMIENTO Y FOMENTA LA ACTITUD RECEPTIVA DEL HOMBRE.

- B) AMBIENTALISTA O SANITARISTA. EMERGE CON LA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL EN EUROPA Y LA EXPANSIÓN DEL CAPITALISMO. LA ENFERMEDAD RESULTA DE LAS CONDICIONES INSALUBRES EN QUE VIVE EL INDIVIDUO COMO EL HACINAMIENTO, Y LA CALIDAD DEL AGUA Y AIRE, ASÍ COMO LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. PROMUEVE MEDIDAS DE SANEAMIENTO QUE DISMINUYEN LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD, SIN EMBARGO NO CONTEMPLA LOS FACTORES SOCIALES QUE DETERMINAN LAS SITUACIONES POCO FAVORABLES PARA LA VIDA.
- C) UNICAUSAL O BIOLÓGISTA. DOMINA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX CON BASE EN EL DESARROLLO DE LA MICROBIOLOGÍA. LA ENFERMEDAD ES LA RESPUESTA ANTE LOS AGENTES EXTERNOS Y DESEQUILIBRIOS INTERNOS, Y PARALELAMENTE, SE CONSIDERA COMO UN FENÓMENO BIOLÓGICO E INDIVIDUAL. LA TENDENCIA DE ESTE MODELO ES BUSCAR EL FACTOR QUE CAUSA LA ENFERMEDAD, ASPECTO QUE PERMITIÓ LA INVESTIGACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS. DESCUBRE PARCIALMENTE EL ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES, NO EXPLICA PORQUE UN DETERMINADO AGENTE PATOLÓGICO NO PRODUCE EL MISMO ESTADO MÓRBIDO, NI LA INFLUENCIA DE OTROS FACTORES EN EL RESPECTIVO DESARROLLO Y EVOLUCIÓN.
- D) MULTICAUSAL. SE DESARROLLA EN LA DÉCADA DE LOS CINCUENTA DEL PRESENTE SIGLO. ESTABLECE QUE LA ENFERMEDAD ES PROVOCADA POR LA INFLUENCIA SIMULTÁNEA DE VARIOS FACTORES QUE SE ENCUENTRAN EN LA TRIADA AGENTE-HUESPED-AMBIENTE. POSIBILITA PROCEDER PREVENTIVAMENTE SOBRE LOS ACTORES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. ENTRE SUS LIMITACIONES SE ENCUENTRA EL NO ESTABLECER EL PESO ESPECÍFICO DE CADA FACTOR DE LA ENFERMEDAD, Y DAR PRIORIDAD A LO BIOLÓGICO E INDIVIDUAL, EN TANTO QUE LO SOCIAL PARECE INCLUIDO COMO FONDO EN EL QUE SE DESENVUELVE EL PROCESO.
- E) EPIDEMIOLÓGICO. SE PRESENTA EN LOS AÑOS SETENTAS. COMPLEMENTA E INCORPORA EL MODELO MULTICAUSAL AL ESTUDIO DE LA SALUD COLECTIVA. INTRODUCE LA RED DE CAUSALIDAD Y BUSCA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO. LO SOCIAL Y LO BIOLÓGICO SON CONSIDERADOS FACTORES INDIFERENCIABLES Y SIN ESPECIFICIDAD PROPIA.
- F) ECOLÓGICO. APARECE EN EL DECENIO DE LOS SETENTAS. CONCIBE LAS INTERACCIONES AGENTE-HUESPED-AMBIENTE EN UN CONTEXTO TRIDIMENSIONAL. QUE PERMITE CLARIFICAR LAS RELACIONES ENTRE LOS FACTORES CAUSALES Y LOS RESPECTIVOS EFECTOS. ASIGNA UN VALOR

ESPECÍFICO A CADA FACTOR INVOLUCRAO EN EL PROCESO MÓRBIDO, SIN EMBARGO, NO EXPLICA LA GÉNESIS DE PERFILES DIFERENCIALES DE SALUD-ENFERMEDAD POR CARECER DE UNA CONCEPTUALIZACIÓN Y METODOLOGÍA ADECUADAS.

G) SOCIAL. SURGE EN EL SIGLO XIX. ARGUMENTA QUE LA ENFERMEDAD SE GENERA EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y VIDA DE LOS GRUPOS HUMANOS, POR LO QUE ESTABLECE LA FUNCIÓN ADICIONAL DEL MÉDICO DE LUCHAR POR LAS REFORMAS SOCIALES QUE GARANTICEN SITUACIONES FAVORABLES A LA SALUD. PRIVILEGIA LO SOCIAL EN COMPARACIÓN A OTROS FACTORES COMO LA CONTAMINACIÓN Y DESNUTRICIÓN ENTRE OTROS. EN CONSECUENCIA, PRESENTA EL PELIGRO DE REDUCIR LA COMPLEJIDAD DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD-ENFERMEDAD A LA RELACIONES SOCIALES.

H) HISTÓRICO-SOCIAL. APARECE EN LA DÉCADA DE LOS SETENTAS. SOSTIENE QUE LOS PERFILES DIFERENTES DE PROCESO SALUD ENFERMEDAD TIENEN SU ORIGEN EN EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA HUMANIDAD, LOS MODOS DE PRODUCCIÓN Y LAS CLASES SOCIALES. RECONOCE QUE LO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y ECOLÓGICO SON PERMEADOS POR LO SOCIAL, CON SUS RESPECTIVAS PECULIARIDADES SEGÚN SEA EL CASO. INTRODUCE EL ASPECTO HISTÓRICO-SOCIAL EN LA EPIDEMIOLOGÍA Y APORTA NUEVAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS COMO LAS CLASES SOCIALES, PROCESO DE TRABAJO, DESGASTE-REPRODUCCIÓN. CRÍTICA LAS FORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS QUE MANTIENEN INTACTAS LAS RELACIONES DE PRODUCCIÓN.

DE LA FORMA EN QUE LAS SOCIEDADES HUMANAS SE EXPLICAN EL ORIGEN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEPENDEN LAS ACCIONES PARA ENFRENTAR ESTE PROBLEMA. ENTRE LAS RESPUESTAS SE ENCUENTRAN LA DENOMINADA ATENCIÓN A LA SALUD QUE SE DEFINE COMO " ... EL CONJUNTO DE ACTIVIDADES QUE SON EMPRENDIDAS CON EL OBJETIVO DE RESTAURAR, PRESERVAR O MODIFICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL DE LOS INDIVIDUOS. ESTAS ACTIVIDADES TIENEN EL PROPÓSITO DE ALIVIAR EL DOLOR, REHABILITAR INCAPACIDADES, RESTAURAR FUNCIONES Y PREVENIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES, Y POSPONER LA MUERTE"⁶. LA ATENCIÓN A LA SALUD SE BRINDA EN LOS LLAMADOS SERVICIOS DE SALUD. CUYA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN ESTÁ DETERMINADA POR EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CADA NACIÓN.

LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS. HISTÓRICAMENTE, HAN ASUMIDO LA RESPONSABILIDAD PAULATINA DE UNA PARTE IMPORTANTE DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL RESPECTIVO FINANCIAMIENTO. CON LA EXTENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA PREVISIÓN DE RIESGOS Y ENFERMEDADES SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE PAÍSES DE ECONOMÍA

⁶ FUCHS, VICTOR R. THE HEALTH ECONOMY USA. HARVARD UNIVERSITY PRESS, 1986. PÁG. 11

DE MERCADO "... EL SUMINISTRO PRIVADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA SIENDO LA ACTIVIDAD QUE MOVILIZA MÁS RECURSOS..."⁷

1.2 ENFOQUE MICROECONÓMICO

LA ECONOMÍA DE LA SALUD ES UN TÉRMINO NUEVO DENTRO DE ESTE ENFOQUE, ABARCA "LA INDUSTRIA" DE LA ATENCIÓN MÉDICA, LOS COSTOS DE LAS ENFERMEDADES Y LOS BENEFICIOS DE PROGRAMAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS. RETOMA DESDE LA INVERSIÓN EN EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS HASTA LAS CONDICIONES QUE CONDUCEN A LA INVESTIGACIÓN EN LA MATERIA. EN UN SENTIDO FORMAL, PUEDE SER DEFINIDA COMO EL ESTUDIO DE LOS ASPECTOS QUE DETERMINAN LA CANTIDAD Y PRECIO DE LOS RECURSOS ESCASOS Y LAS COMBINACIONES RESPECTIVAS PARA PROTEGER Y MEJORAR LOS NIVELES DE SALUD DE LA POBLACIÓN. EN CONSECUENCIA, LOS TEMAS DE ANÁLISIS DE ESTA CIENCIA SON: EL MERCADO Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD; PRECIOS Y COSTOS; INSUMOS Y PERSONAL; Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA Y DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, ENTRE OTROS ASPECTOS. ALGUNOS ECONOMISTAS INCLUYEN DENTRO DE LAS INVESTIGACIONES QUE REALIZAN LA FORMULACIÓN DE METAS Y PRIORIDADES DE POLÍTICA PÚBLICA.

GREENFIELD⁸ CONSIDERA DENTRO DEL ÁMBITO DE ESTUDIO EN LA ECONOMÍA DE LA SALUD A LA POBLACIÓN; LA CALIDAD Y CANTIDAD DE RECURSOS ASIGNADOS PARA EL ÁREA SANITARIA; LA EFICIENCIA DE "LA INDUSTRIA" DE ATENCIÓN MÉDICA; LAS PERDIDAS DEBIDAS A ENFERMEDADES; INCAPACIDAD Y MUERTE PREMATURA; LAS POSIBLES ECONOMÍAS DE ESCALA (COSTOS BAJOS ASOCIADOS CON EL INCREMENTO DEL VOLUMEN DE SERVICIOS); Y, LA RELACIÓN ENTRE LA ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE "LA INDUSTRIA".

ESTA CORRIENTE ACEPTA QUE LA SALUD ESTÁ INFLUENCIADA POR PROBLEMAS HEREDITARIOS, FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE Y LOS ESTÁNDARES DE VIDA COMO ALIMENTACIÓN, VIVIENDA, SERVICIOS DE HIGIENE Y EDUCACIÓN. CONSIDERA TAMBIÉN, QUE LA DEFINICIÓN DE LA SALUD PROPUESTA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) ES MUY AMPLIA PARA ESTABLECER METAS REALES EN EL CAMPO DE LA SALUD, ADEMÁS DE SER DEMASIADO VAGA PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS EXISTENTES.

"LA INDUSTRIA" DE LA ATENCIÓN MÉDICA EMPLEA ALREDEDOR DE TREINTA CATEGORÍAS DE PROFESIONES, TÉCNICOS Y OTROS TRABAJADORES NO CALIFICADOS. LOS MÉDICOS EN PARTE SON EMPLEADOS POR EL GOBIERNO EN INSTITUCIONES DE SALUD, OTROS TRABAJAN EN COMPAÑÍAS DE

⁷ ENCICLOPEDIA PRÁCTICA DE ECONOMÍA. ORBIS. BARCELONA. 1983. VOL. VI. PAG. 163

⁸ GREENFIELD, HARRY L. MEDICAL CARE IN THE UNITED STATES. ON ECONOMIC WORK - UP. PAPER DELIVERED AT THE AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE, CLEVELAND, OHIO, DEC. 26, 1963. PAG. 1

SEGUROS, EN ESCUELAS MÉDICAS Y HOSPITALES, Y LA MAYORÍA SE DESEMPEÑAN EN LA PRÁCTICA PRIVADA. LAS ENFERMERAS, TRABAJAN POR UN SALARIO, PARTICULARMENTE EN HOSPITALES.

LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN MÉDICA, SON MANUFACTURADOS EN COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS, CUYO MERCADO ESTÁ CARACTERIZADO POR UNA INTENSA COMPETENCIA ENTRE POCOS VENDEDORES, QUE EFECTÚAN GRANDES GASTOS DE PROPAGANDA E INVESTIGACIÓN.

LOS GASTOS EN SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA INCLUYE LOS SERVICIOS DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y OTRO PERSONAL DE SALUD; LOS HOSPITALARIOS, DE MEDICAMENTOS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y OTROS SUMINISTROS MÉDICOS; LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE SALUD; LA INVESTIGACIÓN MÉDICA; LOS COSTOS DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DEL RAMO; Y, LA INVERSIÓN EN EDIFICACIONES Y EQUIPO. ENTRE LOS FACTORES QUE ELEVAN ESTOS GASTOS SE ENCUENTRAN: EL INCREMENTO EN LOS PRECIOS; EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN; UN MÁS ALTO USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL PERCÁPITA, Y ESPECIALMENTE LA ADOPCIÓN DE TECNOLOGÍAS SOFISTICADAS EN EL TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS Y RIESGOS.

1.2.1 ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

MUSHKIN⁹ OPINA QUE LOS ECONOMISTAS DEDICAN Poca ATENCIÓN AL CAMPO SANITARIO PORQUE LA CARACTERÍSTICA ESPECIAL DE LA SALUD Y LOS SERVICIOS MÉDICOS MARCA LA EXCEPCIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA QUE EXPLICA LA CONDUCTA DEL MERCADO, POR SU PARTE, LEES¹⁰ CREE QUE LA SALUD Y LOS SERVICIOS MÉDICOS, TIENEN ASPECTOS NO ECONÓMICOS QUE LOS DIFERENCIAN CLARAMENTE DE OTROS BIENES. LAS PECULIARIDADES DE ESTOS COMPONENTES SON LOS SIGUIENTES:

- DESIGUAL Y NO PREDECIBLE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES. SIN CONSIDERAR LOS PERIÓDICOS EXÁMENES FÍSICOS Y PROCEDIMIENTOS DE INMUNIZACIÓN QUE PUEDEN SER PROGRAMADOS, LOS REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD DEPENDEN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES Y LESIONES. ES POSIBLE PREVER TASAS DE ENFERMEDAD DE UNA POBLACIÓN, CON BASE EN ESTADÍSTICAS, PERO PARA UN INDIVIDUO LAS ENFERMEDADES NO SON PREVISIBLES.

⁹ MUSHKIN, SELMA J. "TOWARD A DEFINITION OF HEALTH ECONOMICS", PUBLIC HEALTH REPORTS, 73 No. 9, SEPTEMBER, 1958 PAG. 786

¹⁰ LEES, D. S. HEALTH THROUGH CHOICE. LONDON, INSTITUTE OF ECONOMIC AFFAIRS, 1961, PAG 19.

- EFECTOS EXTERNOS O EXTERNALIDADES. POR DEFINICIÓN EN ECONOMÍA ESTE CONCEPTO SE REFIERE A RESULTADOS BUENOS PARA UNOS INDIVIDUOS Y MALOS PARA OTROS, QUE SE DERIVAN DE LA CONDUCTA PRESENTADA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DE UNA ENFERMEDAD EPIDÉMICA, LA PROVISIÓN DE UN SERVICIO PREVENTIVO O CURATIVO A UNA PERSONA PRODUCE UN BENEFICIO MÁS ALLÁ DE LA PROTECCIÓN O RESTABLECIMIENTO DEL SER EN CUESTIÓN: EVITA EL CONTAGIO Y SE DESARROLLA RESISTENCIA A ESE PADECIMIENTO. ADEMÁS, CUANDO UNA CONSIDERABLE PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN HA ALCANZADO INMUNIDAD EL RIESGO DE INFECCIÓN SE REDUCE. UNA MUESTRA ADICIONAL DE ESTA CARACTERÍSTICA ES LA INVESTIGACIÓN MÉDICA REALIZADA A TRAVÉS DE LA ACCIÓN PÚBLICA, CUYO PRODUCTO TARDE O TEMPRANO ES DIFUNDIDO EN PROVECHO DE TODA LA SOCIEDAD.
- LA SALUD Y LA ATENCIÓN MÉDICA COMO UNA NECESIDAD. EL REQUERIMIENTO DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA Y GOZAR DE SALUD SON GENERALMENTE CONSIDERADOS COMO UN DERECHO, PESE A LA CAPACIDAD ADQUISITIVA. LA PROFESIÓN MÉDICA SIEMPRE HA RECONOCIDO ESE DERECHO, DE AHÍ LA ESCALA MÓVIL DEL PAGO DE HONORARIOS DE ACUERDO CON EL PODER DE COMPRA DEL PACIENTE EN CONTRA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUE PROPORCIONAN. LA ATENCIÓN HOSPITALARIA SIGUE EL MISMO ESQUEMA, Y ES OTORGADA YA SEA EN FORMA GRATUITA O A TRAVÉS DEL PAGO PARCIAL O TOTAL DEPENDIENDO DE LOS RECURSOS DE LOS PACIENTES. PARA GREGG¹¹ LA SALUD Y LA ATENCIÓN MÉDICA SE APRECIAN COMO LA CUARTA NECESIDAD HUMANA, DESPUÉS DE LA ALIMENTACIÓN, EL VESTIDO Y LA VIVIENDA. POR LO TANTO, TIENE UNA ABSOLUTA PRIORIDAD ENTRE LAS METAS DE LA SOCIEDAD.
- FALTA DE CONOCIMIENTO. OTRA CARACTERÍSTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ES QUE LOS CONSUMIDORES ESTÁN INHABILITADOS PARA EVALUARLOS, PERO TAMBIÉN LO ESTÁN EN PARTE LOS MÉDICOS Y ADMINISTRADORES. SE OBSERVAN DEFICIENCIAS PARA CONTEMPLAR Y MEDIR EL EFECTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS. POR LO TANTO, LOS EXPERTOS HAN UTILIZADO COMO UN ÍNDICE DE CALIDAD, LAS CONDICIONES QUE RODEAN LA PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN.
- PARTICULARIDAD DE INVERSIÓN. UN PROGRAMA DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES E INCAPACIDADES ENTRE TRABAJADORES SE CONSIDERA COMO UN GASTO DE CAPITAL, EN LA MEDIDA QUE ELEVA LA PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

¹¹ GREGG, ALAN. CHALLENGES TO CONTEMPORARY MEDICINE. NEW YORK, COLUMBIA UNIVERSITY PRESS, 1956. PÁG. 4 Y 29

- FINALIDADES NO LUCRATIVAS. PARA UNA PROPORCIÓN SIGNIFICATIVA DE "LA INDUSTRIA" DE LA SALUD EL PROPÓSITO DE OBTENER GANANCIAS NO ES RELEVANTE, COMO SON LAS ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS RELIGIOSAS, ÉTNICAS Y COMUNITARIAS. EL HOSPITAL QUE FUNCIONA BAJO ESTE ESQUEMA SE ENFRENTA A PROBLEMAS DE EFICIENCIA, POR LA AUSENCIA DEL INCENTIVO DE GANANCIAS Y LOS BAJOS SALARIOS DE LA MANO DE OBRA.

1.2.2 LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

LOS ASPECTOS ECONÓMICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, NORMALMENTE SON ANALIZADOS EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES, ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO. DENTRO DEL MARCO TRADICIONAL, SE NECESITAN CLASIFICAR DATOS E HIPÓTESIS BAJO FACTORES QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE PRODUCTOS DE UNA INDUSTRIA. EL ESTUDIO DE LA DEMANDA DESCANSA EN EL INGRESO, LOS PRECIOS DE OTROS BIENES, LOS GUSTOS Y PREFERENCIAS DE LOS CONSUMIDORES.

LA DEMANDA DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO, ES LA CANTIDAD QUE LA GENTE COMPRA DE UN BIEN O SERVICIO EN UN DETERMINADO MOMENTO DE ACUERDO CON EL RESPECTIVO PRECIO. SE OBSERVA QUE CUANDO MAYOR ES EL PRECIO, MENOR ES LA CANTIDAD QUE LA GENTE ADQUIERE Y VICEVERSA, POR TANTO EXISTE UNA RELACIÓN INVERSA ENTRE EL PRECIO Y LA CANTIDAD. ESTA VINCULACIÓN, GRÁFICAMENTE SE REPRESENTA POR LA CURVA DE DEMANDA QUE TIENE UNA NATURALEZA DECRECIENTE, Y SE CONOCE COMO LA LEY DE LA DEMANDA DECRECIENTE, CUYO CONTENIDO ES: EN LA MEDIDA QUE EL PRECIO DE UN BIEN AUMENTA, LA CANTIDAD DEMANDADA DISMINUYE.

LA RELACIÓN ENTRE EL PRECIO Y LA CANTIDAD DEMANDADA DE SERVICIOS MÉDICOS, SE EXPLICA POR LA CANTIDAD DE DINERO QUE LOS INDIVIDUOS ESTÁN DISPUESTOS A GASTAR POR RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA. SI SE APLICA LA ESCALA MÓVIL DE HONORARIOS EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, EL PRECIO NO ES REPRESENTATIVO DE UNA DE LAS FUNCIONES ORDINARIAS DEL MERCADO.

UN MÉDICO PUEDE OTORGAR EL MISMO SERVICIO A DIFERENTES PERSONAS Y A DISTINTOS PRECIOS DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD DE PAGO DEL PACIENTE, EN VIRTUD DE QUE NO ES TRANSFERIBLE ENTRE INDIVIDUOS. LA SEPARACIÓN ENTRE CONSUMIDORES EN EL MERCADO CON PRECIOS DIFERENCIALES PUEDE MANTENER LA ELASTICIDAD DE LA DEMANDA, QUE INDICA EL GRADO EN QUE LA CANTIDAD DEMANDADA (Q) RESPONDE A VARIACIONES EN EL PRECIO (P). LA DEMANDA ES ELÁSTICA CUANDO AL REDUCIR P HACE QUE Q SE ELEVE EN UNA PROPORCIÓN IGUAL O SUPERIOR, Y ES INELÁSTICA, CUANDO AL REDUCIR P HACE QUE Q AUMENTE EN MENOR PROPORCIÓN.

EL SEGURO DE SALUD TIENE COMO OBJETIVOS FINANCIAR LA ATENCIÓN MÉDICA, EVITAR LA AMPLIA FLUCTUACIÓN EN LOS GASTOS INDIVIDUALES O FAMILIARES AL REQUERIR ESTOS SERVICIOS E IGUALAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LOS COSTOS ENTRE LA SOCIEDAD, Y CUYA JUSTIFICACIÓN SE ENCUENTRA EN LA IMPREVISIBLE Y DESIGUAL INCIDENCIA DE ENFERMEDADES. SU OPERACIÓN IMPLICA LA CREACIÓN DE UN FONDO DE PREPAGO SUFICIENTE PARA CUBRIR EL COSTO DE LA REHABILITACIÓN DE LA SALUD EN UN TIEMPO DETERMINADO.

SU VIGENCIA TIENDE A INCREMENTAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS COMO LO DEMUESTRA UNA ENCUESTA REALIZADA POR LA AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION EN CHICAGO¹², EN LA QUE SE OBSERVÓ QUE LAS PERSONAS CON SEGURO VAN AL HOSPITAL CON MÁS FRECUENCIA Y USAN MÁS DÍAS DE ATENCIÓN EN PROMEDIO QUE AQUELLOS QUE NO ESTÁN ASEGURADOS.

CON EL CRECIMIENTO DEL SEGURO VOLUNTARIO DE SALUD, QUE ESTÁ DISEÑADO PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE PAGO INDIVIDUAL, SE HA ELEVADO LOS HONORARIOS DE LOS MÉDICOS, POR LO TANTO LA ESCALA MÓVIL DE PAGO POR ALGÚN SERVICIO PROPORCIONADO NO ES COMPATIBLE CON EL SEGURO DE SALUD FINANCIADO POR PRIMAS UNIFORMES Y CONSECUENTEMENTE, DIFICULTA EL ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS CONSUMIDORES.

LOS HOSPITALES, OFRECEN TRES TIPOS DE PRECIOS POR SUS SERVICIOS SEGÚN LA ESTANCIA DEL PACIENTE: PRIVADA, SEMIPRIVADA Y SALA GENERAL. LA PRIVADA SIGNIFICA UN GASTO MAYOR Y PRODUCE UNA GANANCIA NETA; LA SEMIPRIVADA PAGA APROXIMADAMENTE EL COSTO DE LA ATENCIÓN; MIENTRAS QUE LA CORRESPONDIENTE A LA SALA GENERAL CUBRE UNA PROPORCIÓN MENOR DE DICHO COSTO.

VARIOS ANALISTAS ENTRE ELLOS GREENFIELD¹³ COINCIDEN QUE DENTRO DE UN RANGO DE PRECIOS RAZONABLE, LA CANTIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS DEMANDADOS NO ES SENSIBLE A LOS CAMBIOS DEL PRECIO, POR LO QUE LA DEMANDA EN EL MERCADO ES INELÁSTICA.

LOS GASTOS EN ATENCIÓN A LA SALUD EFECTUADOS POR LAS EMPRESAS CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN BENEFICIOS MÉDICOS BAJO LA COMPENSACIÓN DEL SEGURO PARA LOS TRABAJADORES Y EN CONTRIBUCIONES DESTINADAS AL SEGURO DE SALUD VOLUNTARIO PARA EL EMPLEADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES. ÉSTE ÚLTIMO HA CRECIDO MÁS RÁPIDO Y ES UN COMPONENTE IMPORTANTE DE LAS EROGACIONES DE LAS COMPAÑÍAS. UN INCREMENTO DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PATRONES HA SERVIDO PARA AYUDAR AL EMPLEADO EN EL PAGO DE ESTA PRESTACIÓN Y HA PERMITIDO UNA EXPANSIÓN DE LOS BENEFICIOS. EN ALGUNAS INDUSTRIAS HA

¹² ROEMER MILTON I. Y SHAIN MAX. HOSPITAL UTILIZACION UNDER INSURANCE. CHICAGO, AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1959 PAG 12-14

¹³ GREENFIELD HARRY L. . OP. CIT. PAG 15

SERVIDO PARA EXTENDER EL SEGURO DE SALUD A LOS TRABAJADORES CON BAJOS SALARIOS, LOS CUALES NO LO HUBIERAN PODIDO ADQUIRIR CON LOS RECURSOS DE QUE DISPONEN.

LA PARTICIPACIÓN ESTATAL EN LA MATERIA SE ORIENTA PARTICULARMENTE AL DESARROLLO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA COMO LA REGULACIÓN SANITARIA DE BIENES Y SERVICIOS, LA CLORACIÓN DEL AGUA, EL CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE Y LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN. TAMBIÉN, ESTA ASOCIADA CON LOS COSTOS UNITARIOS: UN SERVICIO PUEDE SER CARO SI SE OTORGA EN UNA ORGANIZACIÓN PEQUEÑA, Y BARATO, PARA UNA INSTITUCIÓN GRANDE COMO ES EL CASO DEL GOBIERNO. ADEMÁS, UTILIZA LOS SUBSIDIOS, CUYO OBJETIVO ES REDUCIR EL COSTO DEL SERVICIO AL CONSUMIDOR Y EL OFRECER INCENTIVOS PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE LAS ENFERMEDADES.

POR OTRA PARTE, EN EL CAMPO DE LA SALUD, LOS RESULTADOS DEL MERCADO SON ALTERADOS POR LOS ESQUEMAS DE ATENCIÓN COLECTIVA EN ORGANISMOS DE BENEFICENCIA PÚBLICA CIVILES, RELIGIOSOS Y ESTATALES.

1.2.3.1 LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

LA OFERTA EN EL MERCADO ES LA CANTIDAD (Q) DE BIENES Y SERVICIOS QUE LOS PRODUCTORES PONEN A DISPOSICIÓN DE LOS CONSUMIDORES A DETERMINADO PRECIO (P). ES REPRESENTADA GRÁFICAMENTE POR UNA CURVA QUE VINCULA LOS PRECIOS Y LAS CANTIDADES OFRECIDAS POR LOS FABRICANTES, Y QUE NORMALMENTE ES CRECIENTE POR LA RELACIÓN DIRECTA: A MAYOR PRECIO LA CANTIDAD OFRECIDA SE INCREMENTA. ESTA TENDENCIA NO ES INFINITA. EXISTE UN PUNTO EN DONDE AL ELEVAR EL VOLUMEN PRODUCIDO EN UNA UNIDAD ADICIONAL EL COSTO SERÁ CADA VEZ MAYOR, POR LA LEY DE RENDIMIENTOS DECRECIENTES, QUE EXPRESA: PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN SE INCREMENTAN LOS FACTORES VARIABLES QUE SE COMBINAN CON FACTORES FIJOS, POR LO QUE A CIERTO GRADO DE COMBINACIONES EL RESULTADO EN TÉRMINOS DE UNIDADES ADICIONALES EN EL PRODUCTO SERÁ CADA VEZ MENOR.

LOS COSTOS JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DETERMINACIÓN DEL PRECIO DE LA OFERTA, PARTICULARMENTE LOS MARGINALES. EL COSTO MARGINAL (C.M.) ES EL COSTO ADICIONAL DE PRODUCIR UNA UNIDAD MÁS DE UN BIEN; MIENTRAS QUE EL COSTO MEDIO (C.ME.) ES EL COSTO TOTAL (C.T.) DIVIDIDO ENTRE EL NÚMERO DE UNIDADES PRODUCIDAS.

GRÁFICAMENTE, EL C.M. PRESENTA LA FORMA DE U. EN SU FASE INICIAL TIENDE A DISMINUIR PERO, POR LA LEY DE LOS RENDIMIENTOS DECRECIENTES ACABA POR MOSTRAR UNA TENDENCIA ASCENDENTE.

EN EL CASO DEL MERCADO DE COMPETENCIA PERFECTA, LA EMPRESA PUEDE VENDER CUANTA CANTIDAD DESEE AL PRECIO VIGENTE, PERO PARA ALCANZAR EL MÁXIMO BENEFICIO, DEBERÁ DE VENDER LA CANTIDAD QUE RESULTE DEL PUNTO DONDE EL C.M. SE IGUALE CON EL PRECIO.

EL EMPRESARIO SOLO PODRÁ GANAR LO SUFICIENTE PARA CUBRIR TODOS SUS COSTOS EN EL PUNTO DE NIVELACIÓN, QUE ES EL PUNTO EN EL QUE $P = C.M. = \text{MÍNIMO DEL C.ME.}$ (DONDE SE CORTAN LAS DOS CURVAS), A PRECIOS INFERIORES LAS EMPRESAS TENDRÁN QUE ABANDONAR LA INDUSTRIA A LARGO PLAZO (L.P.) Y A PRECIOS MÁS ALTOS ENTRARÁN NUEVAS EMPRESAS EN LA INDUSTRIA; PUEDE DECIRSE QUE LOS "BENEFICIOS NORMALES" ENTRAN EN LOS COSTOS Y LOS "BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS" SE ANULAN POR LA ENTRADA DE NUEVAS EMPRESAS, ASÍ COMO LAS "PERDIDAS ANORMALES" SE ELIMINAN POR LA SALIDA DE EMPRESAS A L.P.

LAS EMPRESAS QUE TRABAJAN CON C.M. DECRECIENTES Y MENORES QUE EL PRECIO DEL MERCADO AMPLIARÁN LA PRODUCCIÓN PARA AUMENTAR LOS BENEFICIOS. CON C.M. DECRECIENTES, LA PRIMERA FIRMA QUE OBTENGA UNA VENTAJA SOBRE LAS DEMÁS VERA MULTIPLICADA LA UTILIDAD CUANTO MÁS PRODUZCA, Y COMO AL MISMO TIEMPO, LAS RESTANTES COMPAÑÍAS TENDRÁN QUE REDUCIR LA PRODUCCIÓN POR LA PERDIDA DE VENTAS, AGRAVARÁN SU DESVENTAJA AL VERSE INCREMENTADOS LOS COSTOS MARGINALES. UNA O UNAS POCAS DE ELLAS AUMENTARÁN SU PRODUCCIÓN Y PASARÁN A OFRECER UNA PARTE IMPORTANTE DE LA PRODUCCIÓN TOTAL DE ESE MERCADO Y ÉSTO DESEMBOCA EN ALGÚN TIPO DE COMPETENCIA IMPERFECTA, QUE PUEDE SER EL MONOPOLIO O UNOS POCOS VENDEDORES GRANDES DENOMINADOS OLIGOPOLISTAS.

LO ANTERIOR, REPRESENTA UNA IMPORTANTE DESVIACIÓN DEL MODELO DE COMPETENCIA PERFECTA, EN DONDE $P = C.M.$ Y NINGÚN ENTE ECONÓMICO PUEDE INFLUIR EN EL PRECIO DEL MERCADO. LA EMPRESA QUE TRABAJA EN RÉGIMEN DE COMPETENCIA IMPERFECTA PUEDE HACER DESCENDER EL PRECIO AL LANZAR MAYOR CANTIDAD DE PRODUCTOS AL MERCADO, O SEA QUE EJERCE ALGÚN GRADO DE CONTROL SOBRE EL PRECIO.

LA EXISTENCIA DE COSTOS DECRECIENTES CONTINUOS ES INCOMPATIBLE CON LA COMPETENCIA PERFECTA. SI UNA COMPAÑÍA PUEDE DISMINUIR LOS C.M. Y LOS C.ME. A L.P., A TRAVÉS DEL AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN, ACABARÍA POR CRECER Y CONSTITUIRSE EN UNA PARTE IMPORTANTE DE LA INDUSTRIA. ADEMÁS, CRECERÍA HASTA LLEGAR A SER UNA ESPECIE DE MONOPOLIO, Y CON ELLO, TENER EL CONTROL SOBRE EL PRECIO. EN CONSECUENCIA, NO SIGUE LA REGLA $P = C.M.$ PARA MAXIMIZAR EL BENEFICIO.

LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA COMPRENDER EL MÁXIMO BENEFICIO EN EL MERCADO DE COMPETENCIA IMPERFECTA SON EL C.M. Y EL INGRESO MARGINAL (I.M.). ESTE ÚLTIMO SE DEFINE

COMO EL INGRESO QUE RESULTA DE ELEVAR EN UNA UNIDAD MÁS LA PRODUCCIÓN. LA MAYOR GANANCIA SE LOGRA CUANDO $I.M. = C.M.$, PUNTO EN DONDE LA DIFERENCIA ENTRE EL INGRESO TOTAL (I.T.)¹⁴ Y EL C.T. ES LA MÁS ALTA.

CON LA FINALIDAD DE MAXIMIZAR EL BENEFICIO, LA EMPRESA CON PODER MONOPÓLICO ESTABLECE UN PRECIO SUPERIOR AL C.M. MEDIANTE LA ESCASEZ ARTIFICIAL DEL PRODUCTO. PARA EL OLIGOPOLIO SE PRESENTA LA MISMA SITUACIÓN, SIN EMBARGO LOS PRECIOS SON MÁS RÍGIDOS POR LOS ACUERDOS ESTABLECIDOS EN ESTE RENGLÓN. LOS OLIGOPOLISTAS TIENDEN A DESVIAR LA RIVALIDAD Y LA COMPETENCIA EN ÁREAS DISTINTAS DEL PRECIO, COMO SON LA PUBLICIDAD Y PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO.

EL MAYOR PERJUICIO DENTRO DE LA COMPETENCIA IMPERFECTA RESIDE EN LA DIFERENCIA ENTRE EL PRECIO Y EL C.M. IMPUESTA POR EL MONOPOLISTA. EN EL OLIGOPOLIO EL PRECIO SE MANTIENE ALTO Y LA PRODUCCIÓN ES LA QUE VARÍA. LAS FÁBRICAS PUEDEN ESTAR PARCIALMENTE PARADAS, PERO EL PRECIO RARA VEZ BAJA HASTA EL NIVEL DE LOS COSTOS MARGINALES.

EN EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ES NECESARIO ANALIZAR QUE POR EL LADO DE LA DEMANDA, EL CONSUMIDOR ES INDUCIDO POR EL MÉDICO TRATANTE SOBRE LAS CANTIDADES DE SERVICIOS ADQUIRIDOS. POR EL LADO DE LA OFERTA, LA CANTIDAD DE SERVICIOS DEPENDE DEL NÚMERO DE MÉDICOS Y POCO DEL PRECIO POR UNIDAD DE SERVICIO OTORGADO.

CUANDO SE HABLA DE LA MANO DE OBRA EN EL ÁREA DE LA SALUD, EL NÚCLEO DE LOS SERVICIOS ES EL PERSONAL MÉDICO, TODA VEZ QUE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA SE ASOCIAN A LAS DE OTRO PERSONAL COMO ENFERMERAS Y PARAMÉDICOS. EN CONSECUENCIA, PARA EL SECTOR ES IMPORTANTE OBSERVAR EL COMPORTAMIENTO DE LA CURVA DE OFERTA DE MÉDICOS, CUYA PENDIENTE CAMBIA EN EL TIEMPO, SIENDO MÁS ELÁSTICA EN EL LARGO PLAZO E INELÁSTICA EN EL CORTO PLAZO, EN VIRTUD DE QUE EL NÚMERO DE MÉDICOS ES SUBSTANCIALMENTE INDEPENDIENTE DEL NIVEL DE INGRESOS.

EL HOSPITAL ES EL LUGAR QUE OFRECE TRATAMIENTO A ENFERMEDADES Y LESIONES. REPRESENTA UN ESFUERZO DE LA SOCIEDAD PARA REUNIR RECURSOS A FIN DE PROVEER EL EQUIPO ESPECIALIZADO Y ALTO ENTRENAMIENTO AL PERSONAL, LO CUAL NO SERÍA POSIBLE EN FORMA INDIVIDUAL.

EN EL CORTO PLAZO (C.P.), FELDSTEIN¹⁵, ESTUDIÓ LOS COSTOS DEPARTAMENTALES DE UN HOSPITAL EN RELACIÓN A VARIACIONES EN LA CANTIDAD DE PACIENTES. ENCONTRÓ QUE LA RELACIÓN DEL

¹⁴ I.T. ES IGUAL AL MONTO DE RECURSOS QUE RESULTA DE MULTIPLICAR LA CANTIDAD PRODUCIDA POR EL PRECIO (Q X P)

C.T. CON EL RENDIMIENTO (DÍAS PACIENTE, PRINCIPALMENTE) PUEDE SER ANALIZADO POR MEDIO DE UNA REGRESIÓN LINEAL. LINEALMENTE EL C.T. SUPONE QUE EL C.M. ES CONSTANTE SOBRE EL RANGO OBSERVADO DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS. OTRO AUTOR CON EL MISMO APELLIDO ANALIZÓ¹⁶ VARIOS COMPONENTES CONTABLES EN EL HOSPITAL, POR EJEMPLO: ALIMENTACIÓN, MEDICAMENTOS, Y TRABAJO NO CALIFICADO, ENTRE OTROS. DESCUBRIÓ QUE LOS COSTOS SON SENSIBLES A VARIACIONES EN EL NÚMERO DE DÍAS PACIENTE. SIN EMBARGO ALGUNOS NO RESPONDEN A CAMBIOS EN ESTE INDICADOR COMO LOS QUE INCLUYEN LA PLANTA FÍSICA, EL EQUIPO Y VARIAS CATEGORÍAS DE PERSONAL ESPECIALIZADO Y TÉCNICO. OTRO DE SUS HALLAZGOS SE REFIERE A QUE EL C.M. ES APROXIMADAMENTE VEINTICINCO POR CIENTO DEL C.ME. POR DÍA PACIENTE. DE ESE MODO, EL C.M. DE UN DÍA PACIENTE ADICIONAL EN UN HOSPITAL ES RELATIVAMENTE PEQUEÑO.

DEL ANÁLISIS QUE EFECTUÓ A L.P. CONCLUYE QUE LA CURVA DEL C.M. ES CONSTANTE, O SEA, NO HUBO DIFERENCIA EN EL COSTO DE DÍA PACIENTE ENTRE HOSPITALES PEQUEÑOS Y GRANDES. EN VIRTUD QUE ESTOS ÚLTIMOS OFRECEN UN VASTO RANGO DE SERVICIOS, LA CURVA DEL C.M. MUESTRÓ UNA PENDIENTE DESCENDENTE. EN ESTE CASO, TAMBIÉN, EL C.M. ES MENOR QUE EL C.ME., INDICADO POR LA PRESENCIA DE UN PERÍODO CONSTANTE POSITIVO EN LA ECUACIÓN DEL COSTO TOTAL. EN CONSECUENCIA LA CURVA DEL C.ME. A L.P. ES DESCENDENTE. ÉSTO SIGNIFICA QUE PARA EL TAMAÑO DEL HOSPITAL ANALIZADO (DE 48 A 453 CAMAS) EXISTEN ECONOMÍAS DE ESCALA.

1.3 LA CORRIENTE SOCIAL

EL ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA SALUD PROPUESTO POR ESTA CORRIENTE TIENE SUS BASES EN LOS MODELOS SOCIAL, HISTÓRICO-SOCIAL Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA EXPLICACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. EL PRIMERO DE DICHIOS MODELOS SE INICIA CON RUDOLF VIRCHOW, MÉDICO Y ANTROPÓLOGO SOCIAL ALEMÁN A MEDIADOS DEL SIGLO XIX. ESTE AUTOR ARGUMENTA LA IDEA DE QUE LA MEDICINA NO PUEDE SER EFICAZ SOCIALMENTE, SINO EN LA MEDIDA QUE ELLA CUMPLA, ADEMÁS DE SU FUNCIÓN TRADICIONAL DE SANAR ENFERMOS, CON EL ROL SOCIAL Y POLÍTICO DE PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN. J.R. GUÉRIN, LICENCIADO EN MEDICINA, EN 1848 HABLÓ DE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUÍAN EN LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD, TESIS EN CONTRA DE LA CAUSALIDAD ÚNICA DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS POR GRANDES BACTERIÓLOGOS, ENTRE ELLOS KOCH.

¹⁵ FELDSTEIN MARTIN S. ECONOMIC ANALYSIS, OPERATIONAL RESEARCH, AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE, OXFORD ECONOMICS PAPERS, 14: No. 1, MARCH, 1963.

¹⁶ FELDSTEIN PAUL J. AN EMPIRICAL INVESTIGATION OF THE MARGINAL COST OF HOSPITAL SERVICES. CHICAGO. GRADUATE PROGRAM IN HOSPITAL ADMINISTRATION, UNIVERSITY OF CHICAGO.

EN 1900, GUSTAVO MAYER ESTABLECIÓ QUE LA MEDICINA HA ADQUIRIDO UN CARÁCTER SOCIAL, POR LO QUE LAS RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO SON EMINENTEMENTE SOCIALES. POSTERIORMENTE EN 1911, ALFREDO GROTHJAHU CONCIBIÓ LA IDEA DE ANALIZAR LOS PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA NACIENTE EPIDEMIOLOGÍA EN SU TRABAJO TEORÍA DE LA PATOLOGÍA SOCIAL Y LA HIGIENE SOCIAL, QUE SE CONVIERTE EN EL PUNTO DE PARTIDA DEL DESARROLLO TEÓRICO Y PRÁCTICO DE LA LLAMADA MEDICINA SOCIAL, MOVIMIENTO QUE SE DESARROLLÓ A LO LARGO DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX, PARTICULARMENTE EN EUROPA OCCIDENTAL.

DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, EN PARALELO AL APOGEO DEL DESARROLLO TÉCNICO Y CLÍNICO DE LA MEDICINA COMO PRODUCTO DE SU INGRESO A LA INDUSTRIALIZACIÓN, RENACE EL RIGOR CRÍTICO Y ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA HUMANIDAD CON ORIENTACIÓN, ADEMÁS DE LAS ESTRUCTURAS SOCIALES, AL SISTEMA INDUSTRIAL DE PRODUCCIÓN Y CONSUMO, Y LOS GRANDES MONOPOLIOS TRANSNACIONALES.

LA TEORÍA HISTÓRICO-SOCIAL DE LA SALUD-ENFERMEDAD CONSIDERA QUE LA VIDA DEL HOMBRE ES UN SISTEMA TERMODINÁMICO QUE EVOLUCIONA ESPONTÁNEAMENTE HACIA UN ESTADO DE EQUILIBRIO, Y QUE SE DA BAJO EL SIGUIENTE PROCESO:

- A) EL SER VIVO TOMA LOS RECURSOS DEL MEDIO AMBIENTE (PROCESO ECOLÓGICO) PARA CONTINUAR CON VIDA.
- B) EL MEDIO AMBIENTE CAMBIA Y LOS SERES VIVOS CUENTAN CON UN STOCK GENÉTICO QUE LES PERMITE ADAPTARSE INTERNA Y EXTERNAMENTE.
- C) EL SER HUMANO, ES EL ORGANISMO VIVIENTE QUE TRANSFORMA EL MEDIO AMBIENTE, Y ADICIONALMENTE, CREA UN MUNDO SOCIAL PARA PROCURARSE LOS MEDIOS DE SUBSISTENCIA. EN CONSECUENCIA, LA ADAPTACIÓN BIOLÓGICA SE VE SUPERADA POR LA ADAPTACIÓN SOCIAL QUE LO CONVIERTE EN LA ESPECIE MÁS MÓRBIDA, Y LA QUE NO HA ALCANZADO LOS TÉRMINOS PROBABLES DE LONGEVIDAD.
- D) LOS FENÓMENOS DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE PREMATURA NO SON TAN NATURALES COMO SE PODRÍA PENSAR, POR LO QUE SE ASOCIAN AL PROCESO ECOLÓGICO, Y POR LO TANTO LA SALUD-ENFERMEDAD SE PUEDE CONCEPTUAR COMO UN PROCESO HISTÓRICO- SOCIAL- BIOLÓGICO.

E) DERIVADO DE ESTA EVOLUCIÓN, EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD NO ES HOMOGÉNEO A TODAS LAS SOCIEDADES EN LA ÉPOCA ACTUAL, NI COMPARATIVAMENTE CON LAS DEL PASADO. LAS EPIDEMIAS APARECEN CON LA VIDA EN SOCIEDAD.

ACTUALMENTE, NINGÚN PAÍS EN EL MUNDO SE ENCUENTRA SATISFECHO CON LOS NIVELES DE SALUD ALCANZADOS. ASIMISMO, SE PUEDE AFIRMAR QUE LA SALUD DE LAS SOCIEDADES HUMANAS SE ENCUENTRA EN CRISIS, POR LO SIGUIENTE: SE PRESENTA UNA ALTA MORBILIDAD Y LOS INDICADORES DE MORTALIDAD SE ENCUENTRAN ESTANCADOS; EXISTE UNA TENDENCIA HACIA LA MEDICACIÓN (ATENCIÓN CURATIVA) CON EL CONSIGUIENTE DESARROLLO ACELERADO DE LA MEDICINA ESPECIALIZADA, QUE IMPLICA CRECIMIENTO EXPLOSIVO DE LOS COSTOS (CRISIS DE COSTOS); Y, AUMENTO DE GRUPOS MARGINALES SIN ATENCIÓN DE LA SALUD (CRISIS DE ACCESIBILIDAD).

LA INFLUENCIA QUE EJERCIÓ LA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS SIGLOS EN LA MENTALIDAD DE LAS POBLACIONES HA SIDO NEGATIVA, PORQUE HA ORIENTADO LAS ACCIONES HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN EL INDIVIDUO AISLADO; COMO FENÓMENO BAJO UNA CONCEPCIÓN SIMPLISTA Y BIOLOGIZANTE, SIN CONSIDERAR EL CONTEXTO SOCIAL. DE AHÍ QUE EL AVANCE TECNOLÓGICO DE LA MEDICINA SE ENCAMINE AL ESTUDIO DE LOS ÓRGANOS HUMANOS. EN CONSECUENCIA, SE PRESENTA UNA GRAN EFICACIA EN LO INDIVIDUAL Y UNA INEFICIENCIA EN LO SOCIAL. PRUEBA DE ELLO, SE OBSERVA, EN PARALELO AL DESARROLLO DE LAS SOCIEDADES EL CONTINUO CRECIMIENTO DE LA MORBILIDAD, EN CANTIDAD, FRECUENCIA, DIVERSIDAD, Y CON RELACIÓN AL AUMENTO DE LOS RIESGOS SOCIALES Y BIOLÓGICOS DE LA ACTIVIDAD DEL HOMBRE.

LA SALUD ENFERMEDAD SE MANIFIESTA DE MANERA INDIVIDUAL, CON FACTORES COMUNES, POR LO QUE SE CONVIERTE EN UN PROCESO COLECTIVO, EN VIRTUD DE QUE ES UN HECHO SOCIAL Y COMO TAL DEBE SER MANEJADO DESDE EL PUNTO DE VISTA TEÓRICO Y PRÁCTICO METODOLÓGICO.

EL ANÁLISIS DE LOS FENÓMENOS QUE ACONTECEN EN ESTE CAMPO, DEBE TENER COMO PUNTO DE PARTIDA LA DIALÉCTICA DE LO SOCIAL Y LO BIOLÓGICO, QUE SUCEDEN SIMULTÁNEAMENTE EN VARIOS NIVELES:

- PRIMERO, LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL. EL FENÓMENO INDIVIDUAL SE PRESENTA PORQUE LA DINÁMICA DE LAS SOCIEDADES ALTERAN LAS RELACIONES ECOLÓGICAS ENTRE EL HUÉSPED (HOMBRE), AGENTES CAUSALES (ASOCIACIÓN MULTICAUSAL) Y AMBIENTE (ESTRUCTURAS ECONÓMICO- SOCIALES DE LAS SOCIEDADES HUMANAS).
- SEGUNDO, COLECTIVO. LA MULTICAUSALIDAD DE ESTOS FENÓMENOS EN SU COMPLEJIDAD ASOCIATIVA, SE DEBE ESTUDIAR CON LA DIFERENCIACIÓN DE LOS FACTORES EN INTERACCIÓN

SOCIAL A TRAVÉS DE LA TRIADA HUÉSPED- AGENTES CAUSALES- AMBIENTE NATURAL Y SOCIAL DEL HOMBRE.

- TERCERO, INDIVIDUAL. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO BIOLÓGICO- MENTAL. EN EL HOMBRE. LA CAUSALIDAD SE PUEDE EXPRESAR EN LAS CAUSAS NECESARIAS (ETIOLOGÍA DE LOS MÉDICOS) Y LAS ASOCIADAS QUE PUEDEN PRODUCIR EN EL ORGANISMO ALTERACIONES ECOLÓGICAS QUE DESENCADENAN LOS PROCESOS INTERNOS QUE LLAMAMOS ENFERMEDADES.

EN CONSECUENCIA, EL PROCESO DE SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE PREMATURA EN EL SER HUMANO NO PUEDE SER CONSIDERADO COMO EXCLUSIVAMENTE NATURAL, EN VIRTUD DE DOS CONDICIONES BÁSICAS, ENTRE OTRAS: EL HOMBRE SE SEPARA DE LA VIDA ANIMAL A TRAVÉS DE LA CULTURA, DE LA VIDA SOCIAL Y PRODUCTIVA; Y, LAS SOCIEDADES HUMANAS, TIENEN UNA LÓGICA Y ESTRUCTURA DIFERENTE DE LAS SOCIEDADES ANIMALES. LA ORGANIZACIÓN ECONÓMICA CONSUMIDORA Y LAS RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCIÓN, NO SÓLO LOS FENÓMENOS BIOLÓGICOS POR SÍ MISMOS, SON LOS QUE DETERMINAN EL CARÁCTER DE LA RELACIÓN DEL HOMBRE CON LA NATURALEZA Y POR TANTO LA PRODUCCIÓN DE RIESGOS.

LOS ESTADOS DE SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE TIENEN ORIGEN SOCIAL, Y LAS CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS SON INDIVIDUALES. LA SALUD ES UNA VARIABLE TAL COMO LA ENFERMEDAD, DE CAUSALIDAD MÚLTIPLE, CUYOS DETERMINANTES SE ENTRECROZAN EN TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD. ADQUIEREN UN SENTIDO CONCRETO CUANDO DEJA DE SER UN MECANISMO FISIOLÓGICO ABSTRACTO Y SE CONSTITUYE EN UN PROCESO SOCIAL ADSCRITO AL NIVEL DE VIDA, LOS MODOS DE VIDA, LOS HÁBITOS Y COSTUMBRES DE TODOS LOS DÍAS. POR ELLO, LO SOCIAL CONDICIONA O DETERMINA LO BIOLÓGICO EN LAS SOCIEDADES HUMANAS.

EN ESTE SENTIDO, EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD ES PRODUCTO DE LAS RELACIONES SOCIALES O DEL RIESGO DEL HOMBRE VIVIENDO EN SOCIEDADES ESTRUCTURADAS HISTÓRICAMENTE SIN TENER EN CUENTA LAS NECESIDADES Y LAS LIMITACIONES DE LA ESPECIE: EL SER HUMANO NO SE ENFERMA, ACCIDENTA, ADQUIERE UN ESTADO DE INVALIDEZ O MUERE EN FORMA NATURAL, SINO A CAUSA DE DETERMINANTES SOCIALES QUE ACTÚAN SOBRE ÉL DIRECTA O INDIRECTAMENTE, Y QUE LAS SOCIEDADES HUMANAS TOLERAN Y ACEPTAN POR DIVERSAS RAZONES TAL COMO ADMITEN LAS GUERRAS, EL ALCOHOLISMO O LA PENA DE MUERTE. ES DECIR, EL HOMBRE VIVE, INDIVIDUALMENTE ESTE PROCESO EN UNA REALIDAD BIOLÓGICA-ECOLÓGICA-SOCIAL Y, AL MISMO TIEMPO VIVE COLECTIVAMENTE UNA REALIDAD SOCIAL HUMANA (ECONOMÍA HUMANA, SOCIEDADES HUMANAS, CULTURAS HUMANAS). ESTAS DOS REALIDADES SON INSEPARABLES E INTERACTÚAN FORMANDO UNA DENSA RED DE RELACIONES PSICOSOCIALES Y SOCIOECONÓMICAS QUE CONSTITUYEN LA MALLA EPIDEMIOLÓGICA EN LA QUE VIVE. EN LA PRÁCTICA, LAS DIFICULTADES PARA VIVIR EN

SALUD VAN EN AUMENTO EN LA MEDIDA QUE EL AMBIENTE DE VIDA SOCIAL SE HACE MÁS COMPLEJO, MÁS DINÁMICO Y MÁS CARGADO DE ELEMENTOS EXTRAÑOS A SUS NECESIDADES.¹⁷

PARA EL HOMBRE PREHISTÓRICO LAS ENFERMEDADES NO CONSTITUÍAN UN PROBLEMA TAN GRAVE COMO EN LA ACTUALIDAD, LA MORBILIDAD FUE MENOS DIVERSIFICADA Y CUANTIOSA. LOS RIESGOS CONSISTÍAN EN MORIR VIOLENTAMENTE SIN ENFERMAR DEBIDO A TRES FACTORES INTERRELACIONADOS: MAL NUTRICIÓN Y HAMBUNAS POR LO DIFÍCIL DE LA RECOLECCIÓN DE ALIMENTOS; CLIMA FRÍO Y CAMBIANTE; ACCIDENTES Y AGRESIONES POR SER EL ANIMAL MÁS DÉBIL Y MENOS ESPECIALIZADO. EL ESCASO CONTACTO CON OTROS ANIMALES Y LA BAJA DENSIDAD DE LAS POBLACIONES NÓMADAS NO FAVORECIERON LA APARICIÓN DE EPIDEMIAS. CON EL DESARROLLO DE LA AGRICULTURA A CONSECUENCIA DE FACTORES BIOLÓGICOS Y COMERCIALES, SU ADOPCIÓN GENERAL DE MEDIO DE SUBSISTENCIA PRODUJO LA PRIMERA EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA. LA AGRICULTURA MOTORIZÓ EL COMERCIO Y EL DESARROLLO ECONÓMICO DE LAS PRIMERAS CIVILIZACIONES, LA PROPIEDAD PRIVADA Y ESTRATIFICACIÓN SOCIAL.

CON LA APARICIÓN DE LOS CENTROS URBANOS POR LA ACTIVIDAD ARTESANAL Y LA AGRICULTURA MÁS ESTABLE Y EXTENSIVA, EMERGEN NUEVOS PROBLEMAS Y RIESGOS PARA LA VIDA DEL HOMBRE. LAS CONCENTRACIONES POBLACIONALES DENSAS Y LA MAL NUTRICIÓN POR LA PROPIEDAD DE LA TIERRA FACILITARON LAS EPIDEMIAS DURANTE EL NEOLÍTICO, LA EDAD DE LOS METALES Y EL PERÍODO FEUDAL. ESTE PROCESO HA CONTINUADO HASTA EL SIGLO XX, NO OBSTANTE QUE MEJORÓ LA SITUACIÓN DE SALUD CON EL RENACIMIENTO Y LA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL; SIN EMBARGO, LA URBANIZACIÓN SE HA CONSTITUIDO CUALITATIVAMENTE EN UN FACTOR PATÓGENO.

ACTUALMENTE, SE OBSERVA UN AUMENTO EPIDÉMICO DE TENDENCIA SECULAR, DE CIERTA PATOLOGÍA ANTIGUA LIGADA A LOS MODOS DE VIDA, Y OTRA PATOLOGÍA NUEVA VINCULADA AL DESARROLLO INDUSTRIAL DE LA PRODUCCIÓN Y CONSUMO.

POR LO TANTO, "...EL LLAMADO NIVEL DE SALUD-ENFERMEDAD DE UNA SOCIEDAD HUMANA, ASÍ COMO EL VOLUMEN DE SU MORTALIDAD, ES EL RESULTADO DE LA RELACIÓN QUE LA SOCIEDAD ESTABLECE CON LA NATURALEZA Y CON EL MEDIO AMBIENTE SOCIAL DE VIDA, VALE DECIR, LA FORMA COMO SE APROPIA LA NATURALEZA, LA EXPLOTA Y LA TRANSFORMA PARA SUBSISTIR O PARA EL LUCRO, ESTA APROPIACIÓN ES ESENCIALMENTE SOCIAL Y ESTÁ DETERMINADA POR LOS MODOS DE PRODUCCIÓN Y DE CONSUMO Y POR LA APROPIACIÓN DE LOS MEDIOS DE PRODUCCIÓN."¹⁸

¹⁷SAN MARTÍN Y PASTOR. OP. CIT. PAG. 38

¹⁸IBID. PAG 128

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ENFERMEDAD NO SON EN SÍ MISMOS PATÓGENOS, SINO QUE SON ELEMENTOS QUE ESTÁN EN LAS ESTRUCTURAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LAS SOCIEDADES, PERO QUE DIALÉCTICAMENTE LLEGAN A ACTUAR EN EL ORGANISMO EN FORMA FAVORABLE A LA FISIOLÓGIA HUMANA O DESFAVORABLE A ELLA.

LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD ENFERMEDAD SE HA DAIDO A TRAVÉS DE LA MAGIA, MEDICINA Y SERVICIOS DE SALUD ENTRE OTROS ASPECTOS, LOS CUALES HAN ESTADO CONDICIONADOS Y DISTRIBUIDOS, TANTO EN CALIDAD COMO EN CANTIDAD, ENTRE LOS GRUPOS HUMANOS POR LAS BASES ECONÓMICAS Y LAS ESTRUCTURAS DE PRODUCCIÓN SOCIAL.

EN ESTE CONTEXTO, LOS PROBLEMAS QUE ENFRENTA LA ECONOMÍA DE LA SALUD SE PUEDEN ANALIZAR DETALLADAMENTE DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS, BIOLÓGICAS, MENTALES Y SOCIALES DEL HOMBRE; LAS CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS DE LAS SOCIEDADES HUMANAS; Y, LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA Y LAS RELACIONES DE PRODUCCIÓN.

EL HOMBRE TIENE NECESIDADES INDIVIDUALES QUE DERIVAN DE SU PROPIA EXISTENCIA, COMO ALIMENTACIÓN, VIVIENDA, EMPLEO, SALUD, Y LAS CREADAS POR LA SOCIEDAD. ACTUALMENTE LA SALUD ESTÁ CONSIDERADA COMO SIMPLE DEMANDA BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA O COMO META FISIOLÓGICA QUE SE SATISFACE POR CONSUMOS DETERMINADOS. SIN EMBARGO, LAS VERDADERAS NECESIDADES ESTÁN DETERMINADAS POR LOS PROCESOS NOCIVOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE LAS RELACIONES DE PRODUCCIÓN EN EL DOMINIO DEL TRABAJO, DE LA DISTRIBUCIÓN-CONSUMO Y DEL INTERCAMBIO, ASÍ COMO AQUELLAS OTRAS QUE SE PRODUZCAN DE LA RELACIÓN Y PRESIÓN DE LAS CLASES SOCIALES.

EL DILEMA MAYOR DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD ES LA CIRCUNSTANCIA EN QUE OCURREN LOS FENÓMENOS. LAS COMUNIDADES HUMANAS DECLARAN LAS NECESIDADES SENTIDAS EN SALUD; LOS EPIDEMIOLOGOS ESTABLECEN UN DIAGNÓSTICO; LOS ECONOMISTAS INTERVIENEN EN PRIORIDADES Y DECISIONES INTRODUCIENDO EL CRITERIO DE EFICACIA ECONÓMICA; Y, LOS POLÍTICOS, QUE GOBIERNAN CON CIERTA IDEOLOGÍA, FORMULAN LA POLÍTICA EN SALUD, CUYA ORIENTACIÓN ESTÁ CONDICIONADA A TRES FACTORES: EL MODELO DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL, LA ESTRUCTURA ECONÓMICA Y EL CONCEPTO DE SALUD ADOPTADO.

LA INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD ESTÁ DETERMINADA POR EL TIPO Y ORIENTACIÓN DEL DESARROLLO GLOBAL NACIONAL, LA IDEOLOGÍA Y EL SISTEMA DE PRODUCCIÓN, ELEMENTOS QUE PUEDEN NO CORRESPONDER A LAS NECESIDADES DE SALUD. ELLO LLEVA IMPLÍCITO LAS CONTRADICCIONES ENTRE LA EMPRESA LIBERAL Y LA COBERTURA; PLANIFICACIÓN Y NECESIDADES DE SALUD; CRITERIO RACIONALIZADOR DEL PROGRAMA-PRESUPUESTO E INTEGRACIÓN DE

SERVICIOS; DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD; NIVELES DE ATENCIÓN GENERAL Y ESPECIALIZADA; Y ACCESO IGUALITARIO A LOS SERVICIOS.

DENTRO DE LAS TENDENCIAS ACTUALES, LA ECONOMÍA DE LA SALUD SE ORIENTAN AL ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, MISMOS QUE NO CLARIFICAN LOS NIVELES DE SALUD DE LAS SOCIEDADES HUMANAS PORQUE SÓLO LA PROTEGEN EN FORMA INDIVIDUAL. POR ESTA RAZÓN ESTE ENFOQUE SE VERÍA COMO ECONOMÍA DE LOS SERVICIOS O ECONOMÍA MÉDICA. LA LIMITANTE QUE TIENE ESTE ÚLTIMO, ES LA CARENCIA DE EFICACIA PARA PRECISAR EL EFECTO DE LOS FACTORES CONDICIONANTES, COMO EL INGRESO, LA VIVIENDA, EL DRENAJE Y LA EDUCACIÓN ENTRE OTROS. EN CONSECUENCIA, LA ECONOMÍA DE LA SALUD, DEBE SER UN SISTEMA EVOLUTIVO CUYO OBJETIVO PRINCIPAL DEBE SER EL PROCESO ECONÓMICO-SOCIAL QUE CONDUCE A UN NIVEL DE SALUD ACEPTABLE. ENTRE LAS PREGUNTAS QUE SE PLANTEAN DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES: ¿QUE ES LA SALUD? ¿COMO SE ORIGINA? ¿COMO SE DISTRIBUYE? ¿COMO PODEMOS ESTUDIARLA Y CONTROLARLA? ¿CUAL ES EL FUTURO DE LA SALUD EN LA HUMANIDAD?. PARA ELLO, LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS QUE UTILIZA PRINCIPALMENTE SON: EL MODO DE PRODUCCIÓN, LA FORMACIÓN SOCIAL, LAS RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCIÓN Y LAS CLASES SOCIALES. ESTA ÚLTIMA, EN PARTICULAR, PORQUE PERMITE OBSERVAR LAS CONDICIONES ESPECIALES DE VIDA, LOS PERFILES DE REPRODUCCIÓN SOCIAL Y PATRONES TÍPICOS DE SALUD-ENFERMEDAD.

2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAÍSES SOCIOS

EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y CANADÁ TIENEN COMO FUNDAMENTO LA CONCEPCIÓN DE LOS MODELOS DE SALUD ENFERMEDAD UNICAUSAL O BIOLÓGICA, MULTICAUSAL Y EPIDEMIOLÓGICO. EN AMBOS PAÍSES, LOS GOBIERNOS SON LOS PRINCIPALES PROMOTORES DE LA SALUD VÍA LA CONSTITUCIÓN DE ESQUEMAS ADECUADOS A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN. NO OBSTANTE, QUE LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE FUNDAMENTAN EN EL DESARROLLO DE SEGUROS, EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO ORIENTACIÓN Y COMPONENTES. MIENTRAS QUE EN EL PRIMERO LA INFLUENCIA DE LAS FUERZAS DEL MERCADO ES FUNDAMENTAL PARA ALCANZAR LA PLENA COBERTURA, EN CANADÁ LA LEGISLACIÓN ESTABLECE COMO PRINCIPIO BÁSICO DEL SISTEMA DE SALUD LA UNIVERSALIDAD.

EN ELLOS EL PAPEL DEL SECTOR PRIVADO MANIFIESTA SER UN AGENTE IMPORTANTE EN LA PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN Y LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS; DE MANERA GLOBAL, MUESTRAN ALGUNAS SIMILITUDES. EL DETALLE DE LOS ASPECTOS ANTES MENCIONADOS ES PROPÓSITO DE ESTE APARTADO.

2.1 LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

ESTE PAÍS ES UNA REPÚBLICA FEDERAL, CONSTITUIDA POR CINCUENTA ESTADOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA. EL GOBIERNO FEDERAL COMPRENDE LOS PODERES EJECUTIVO, LEGISLATIVO Y JUDICIAL. EL EJECUTIVO LO ENCABEZA EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA; EL LEGISLATIVO LO CONFORMAN EL SENADO Y LA CÁMARA DE REPRESENTANTES; Y, EL JUDICIAL ESTA DIRIGIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA INTEGRADA POR NUEVE JUECES VITALICIOS. LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS ESTÁN FACULTADOS PARA EJERCER LOS PODERES QUE LA CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS NO CONFIERE AL GOBIERNO FEDERAL. ENTRE DICHOS PODERES ESTA LA RESPONSABILIDAD DE LA SALUD PÚBLICA.

TRADICIONALMENTE, LA EDUCACIÓN MÉDICA HA ESTADO CONTROLADA POR ASOCIACIONES CIVILES. EL PAPEL DEL GOBIERNO EN ESTE CAMPO, CON EXCEPCIÓN DE LAS FUERZAS ARMADAS Y LA MARINA, HA SIDO INSIGNIFICANTE. EL SISTEMA DE SALUD SE CARACTERIZA POR LOS MÚLTIPLES PUNTOS DE INTERACCIÓN ENTRE EL PACIENTE, EL PROVEEDOR, LA INSTITUCIÓN Y EL PAGADOR. LA LIBERTAD QUE TIENEN LOS USUARIOS DE ELEGIR A LOS PROVEEDORES HA DETERMINADO UNA GRAN INFLUENCIA DEL MERCADO EN LA CONFORMACIÓN DE DICHO SISTEMA. LAS PRINCIPALES PARTICULARIDADES SE DESCRIBEN DE MANERA SUCINTA A CONTINUACIÓN.

2.1.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO

LA ATENCIÓN SE PROPORCIONA A TRAVÉS DEL PAGO DE HONORARIOS, LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS Y DE TRES PROGRAMAS GUBERNAMENTALES PRINCIPALMENTE: MEDICAID, MEDICARE Y VETERANS AFFAIRS. EL PROGRAMA MEDICAID ESTÁ ORIENTADO A LA ATENCIÓN DE PERSONAS DE BAJOS RECURSOS; MEDICARE, A LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS; Y VETERANS AFFAIRS, A LOS VETERANOS DE GUERRA.

LA PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD SE DISTRIBUYEN ENTRE ENTIDADES FEDERALES, ESTATALES Y LOCALES, E INCLUSO NO GUBERNAMENTALES. EL GOBIERNO FEDERAL APOYA LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN, DISEÑO E INSTRUMENTACIÓN DE LA POLÍTICA, DESARROLLO DE RECURSOS, TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS, FINANCIAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD. LAS PRINCIPALES TAREAS QUE REALIZA SON: EL LEVANTAMIENTO DE ENCUESTAS SOBRE LAS NECESIDADES Y ELABORACIÓN DEL INFORME RESPECTIVO; INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS, CLÍNICAS Y DE SERVICIOS; REGLAMENTACIÓN E INSPECCIÓN DE ALIMENTOS; Y, LA ASISTENCIA TÉCNICA A LOS SISTEMAS ESTATALES Y LOCALES DE SALUD. ADEMÁS, INDIRECTAMENTE IMPULSA LA MAYORÍA DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS POR MEDIO DE CONTRATOS CON LOS ESTADOS, LAS LOCALIDADES Y ORGANIZACIONES PRIVADAS.

LOS ESTADOS SON LA PRINCIPAL INSTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, QUE A SU VEZ HAN DELEGADO EN ENTIDADES LOCALES ALGUNAS RESPONSABILIDADES, PARTICULARMENTE LA PRESTACIÓN DIRECTA DE SERVICIOS. LAS LEGISLATURAS ESTATALES Y GRUPOS EXTERNOS, CON DIRECCIÓN SUPLEMENTARIA DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTABLECEN LA POLÍTICA RELATIVA A LA SALUD. EXISTEN ALREDEDOR DE 3,000 ENTIDADES LOCALES DE SALUD, QUE VARÍAN EN CUANTO TAMAÑO Y RESPONSABILIDADES. OTORGAN PRINCIPALMENTE SERVICIOS PREVENTIVOS COMO CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. INSPECCIÓN DE RESTAURANTES, INVESTIGACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE AGUA Y ALIMENTOS.

OTRAS ENTIDADES COMO ORGANIZACIONES DE PROFESIONALES, ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO INTEGRADAS EN TORNO A DETERMINADOS ASUNTOS DE SALUD O ENFERMEDAD, REPRESENTACIONES DE CIUDADANOS Y FUNDACIONES, PARTICIPAN EN LA PLANEACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE NORMAS EN MATERIA DE SALUD¹. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SE NUTRE CON EL ACOPIO DE DATOS QUE SE EFECTÚA EN LOS PLANOS FEDERAL, ESTATAL Y LOCAL.

¹ VER ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LAS CONDICIONES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. EDICIÓN 1990. V. II. PAG. 155-156

EN EL OTORGAMIENTO DE LOS SERVICIOS, LA MAYORÍA DE LOS MÉDICOS LLEVAN A CABO LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA SOLOS. SIN EMBARGO, SE HA INCREMENTADO LAS PREFERENCIAS POR EJERCER LA PROFESIÓN ASOCIADOS CON TRES O MÁS COLEGAS. ELLO OBEDECE A VARIAS RAZONES COMO LA FACILIDAD DE CONSULTAR ALGÚN PROBLEMA, LA SUPLENCIA POR LAS NOCHES Y DÍAS OCUPADOS PARA OTROS FINES, LA COMPRA DE EQUIPO, EL APOYO DE PERSONAL NO MÉDICO Y EL ESTÍMULO INTELECTUAL. LA ASISTENCIA MÉDICA SE PROPORCIONA POR UN PAGO, Y EL INGRESO TOTAL DE LA ASOCIACIÓN SE DIVIDE ENTRE LOS INTEGRANTES.

EL CRECIMIENTO DEL TRABAJO EN GRUPO CONLLEVA A LA PRÁCTICA HOSPITALARIA. EN ESTE CASO, EL PACIENTE PAGA POR EL SERVICIO QUE SE LE PROPORCIONÓ, Y LOS SALARIOS DE LOS MÉDICOS ESTÁN DETERMINADOS POR EL INGRESO GENERADO. EL INCREMENTO DEL NÚMERO DE ASOCIACIONES HA PROPICIADO LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS CON LA POBLACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS POR MEDIO DE UN PAGO REGULAR. ESTA CLASE DE SOCIEDADES SON CONOCIDAS COMO HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION, INDIVIDUAL PRACTICE ASSOCIATION Y PREFERRED PROVIDER ORGANIZATIONS ².

LAS COMUNIDADES RURALES REALIZAN GRANDES ESFUERZOS PARA LA CONTRATACIÓN DE MÉDICOS, Y PARTICULARMENTE, PARA RETENERLOS EN LA LOCALIDAD, POR LA CALIDAD DE VIDA EXISTENTE EN LAS MISMAS, LAS DIFÍCILES OPORTUNIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL Y EL AISLAMIENTO CONYUGAL, ENTRE OTROS ASPECTOS QUE HACEN AL TRABAJO POCO ATRACTIVO EN ESTOS LUGARES.

LA MAYOR PARTE DE LOS MÉDICOS CONSIDERA ESENCIAL PERTENECER A LA SOCIEDAD MÉDICA EN LA REGIÓN O CIUDAD DONDE EFECTÚAN SUS ACTIVIDADES, COMO LA ESTATAL Y LA DE ESPECIALISTAS. ÚNICAMENTE UNA PROPORCIÓN LIGERAMENTE SUPERIOR A LA MITAD, SE INCLINA POR INGRESAR A LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (A.M.A.), Y EL NÚMERO RESTANTE NO LO HACE POR NO ESTAR DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE REVISIÓN PROFESIONAL PERIÓDICA DE SUS MIEMBROS. ESTAS ORGANIZACIONES PERMITEN EL INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS, DESTREZAS Y HABILIDADES, ASÍ COMO EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN.

LA A.M.A. ES LA ASOCIACIÓN QUE MEJOR REPRESENTA LOS INTERESES DE LOS MÉDICOS, EN VIRTUD DE QUE APOYA LA LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA; CONSIGUE BENEFICIOS PARA SUS MIEMBROS; SE ENCARGA DE DIFUNDIR LOS AVANCES CIENTÍFICOS, DIRECTORIOS, INFORMES SOBRE INGRESOS Y GASTOS Y OTROS FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

² VER RAFFEL MARSHALL W. Y RAFFEL NORMA K. THE U.S. HEALTH SYSTEM: ORIGINS AND FUNCTION. JOHN WILEY & SONS, NEW YORK, U.S.A. TERCERA EDICIÓN 1989. PAG. 1-37.

TIENE, ADEMÁS, UNA GRAN TRADICIÓN ENCAMINADA A MEJORAR LA EDUCACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CONSIDERA AL HOSPITAL, COMO UN ESTABLECIMIENTO QUE TIENE PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA PERMANENTEMENTE, OFRECE ALOJAMIENTO A PACIENTES Y PUEDE OTORGAR ATENCIÓN CONTINUA. DE ACUERDO CON LA AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION Y LA NATIONAL MASTER FACILITY INTERVENTORY, EL HOSPITAL ES UNA INSTITUCIÓN CON LICENCIA Y DISPONE DE UNA CAPACIDAD SUPERIOR A CINCO CAMAS; Y, TIENE LA FUNCIÓN DE OTORGAR SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD A TRAVÉS DE UNA ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS Y DE ENFERMERAS DEBIDAMENTE REGISTRADAS COMO PROFESIONISTAS. ESTAS UNIDADES SE PUEDEN CLASIFICAR POR TIPO DE SERVICIO, PROPIEDAD, PROPÓSITOS ECONÓMICOS, TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS PACIENTES Y LOS ESPECIALIZADOS EN UNA RAMA DE LA ATENCIÓN MÉDICA³.

POR TIPO DE SERVICIO Y PROPIEDAD SE ENCUENTRAN LOS HOSPITALES COMUNITARIOS QUE INCLUYEN LOS DE CORTA PERMANENCIA OPERADOS POR ASOCIACIONES CIVILES Y QUE OFRECEN UNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: CIRUGÍA Y MEDICINA GENERAL; OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA; ATENCIÓN DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA; REHABILITACIÓN; ORTOPEDIA; OTRAS ESPECIALIDADES; Y, PEDIATRÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA. LOS HOSPITALES FEDERALES SON AQUELLOS QUE ESTÁN ADMINISTRADOS POR EL GOBIERNO FEDERAL.

COMO HOSPITAL GENERAL SE CONSIDERA AL ESTABLECIMIENTO QUE OTORGA LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CIRUGÍA A PACIENTES CON UNA GRAN VARIEDAD DE CONDICIONES DE SALUD, Y PROPORCIONAN ADEMÁS, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA CON ALTA ESPECIALIDAD. ESTA DEFINICIÓN EXCLUYE A LOS HOSPITALES EN ÁREA RURALES, PORQUE EN ELLOS SE PROVEE DE UN RANGO MÁS LIMITADO DE ATENCIÓN.

DE ACUERDO CON LOS PROPÓSITOS ECONÓMICOS, EXISTEN HOSPITALES SIN FINES DE LUCRO, QUE SON OPERADOS POR ORGANIZACIONES RELIGIOSAS Y OTRAS ASOCIACIONES NO LUCRATIVAS, Y LOS HOSPITALES PRIVADOS, ADMINISTRADOS POR INDIVIDUOS, SOCIEDADES O CORPORACIONES, Y CUYO OBJETIVO ES LA UTILIDAD MONETARIA.

SEGÚN LA ESTANCIA DE LOS PACIENTES, EXISTEN DOS TIPOS DE HOSPITALES: DE CORTA Y LARGA PERMANENCIA. LOS PRIMEROS SON AQUELLOS PARA INTERNADOS CON MENOS DE 30 DÍAS EN PROMEDIO; Y LOS SEGUNDOS, PARA ENFERMOS CUYO PERIODO DE TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN SUPERA LOS 30 DÍAS. AMBOS, TIENEN LA CARACTERÍSTICA DE OFRECER UNO O VARIOS DE LOS

³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HASTT'SVILLE, MARYLAND. U.S.A. 1993. PAG. 220.

SIGUIENTES SERVICIOS: MEDICINA GENERAL, MATERNIDAD, ATENCIÓN DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, PEDIATRÍA Y OSTEOPATÍA.

POR ÚLTIMO, DENTRO DE LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN UNA RAMA DE LA ATENCIÓN SE CLASIFICAN LOS SIQUIÁTRICOS, PARA TUBERCULOSOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, REHABILITACIÓN, MATERNIDAD, Y ALCOHÓLICOS Y DROGADICTOS.

APROXIMADAMENTE, 98% DE LOS HOSPITALES ESTÁN REGISTRADOS EN LA AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. ESTAS UNIDADES, PARA FUNCIONAR EN CUALQUIER ESTADO DE LA UNIÓN AMERICANA DEBEN OBTENER LA LICENCIA RESPECTIVA Y PASAR LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESTÁNDARES VIGENTES. LA MAYORÍA DE LOS NOSOCOMIOS SE SUJETAN AL EXAMEN DE ACREDITACIÓN DE LA JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS, CUERPO INTEGRADO POR REPRESENTANTES DE LA AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS Y AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. ESTA COMISIÓN CALIFICA LA PLANTA FÍSICA, Y PARTICULARMENTE, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. EN GENERAL LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES SOLO EFECTÚAN LOS PAGOS POR SERVICIOS A INSTITUCIONES ACREDITADAS.

LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO SE ORIENTA A PERSONAS DE TODAS LAS EDADES, AUNQUE UNA ALTA PROPORCIÓN SON PACIENTES DE 65 AÑOS Y MÁS. SE OTORGA A TRAVÉS DE UN GRAN NÚMERO DE AGENCIAS COMUNITARIAS DE SALUD, CASAS DE ENFERMERÍA Y CIERTOS TIPOS DE HOSPITALES. EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA CON CRÓNICAS Y DEBILITANTES ENFERMEDADES TIENE UN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA NECESIDAD DE CAMAS EN CASAS DE ENFERMERÍA Y SOBRE EL COSTO DE ESTE TIPO DE ATENCIÓN. DICHS COSTOS SON CAUSA DE INTERÉS PÚBLICO Y SE REALIZAN ESFUERZOS POR CONTENERLOS, CON ÉNFASIS CRECIENTE SOBRE LA DISMINUCIÓN DE BENEFICIOS.

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA RELATIVOS AL CONTROL DEL AGUA POTABLE, LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS PERECEDEROS, ASÍ COMO UN MEDIO AMBIENTE LIBRE DE SUSTANCIAS Y ELEMENTOS DAÑINOS A LA SALUD SON RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS ESTATALES. CADA UNO DE ELLOS DETERMINA COMO ORGANIZAR LAS ACTIVIDADES RESPECTIVAS, BAJO ESQUEMAS DE ACUERDO CON EL MODELO QUE CONSIDEREN MÁS APROPIADO, CON LA CONSECUENTE VARIACIÓN DE ESTADO A ESTADO. SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE ÉSTOS, DISPONEN DE UN CONSEJO DE SALUD QUE SUPERVISA LAS POLÍTICAS Y ASESORA A LOS DEPARTAMENTOS ENCARGADOS DE LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN LA MATERIA. ALGUNOS ADMINISTRAN DIRECTAMENTE LAS AGENCIAS, OTROS

IMPULSAN OFICINAS LOCALES BAJO CRITERIOS ESTATALES Y EN VARIAS ENTIDADES TIENEN EL CARÁCTER DE MIXTAS.

2.1.2 RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD

ENTRE LOS AÑOS 1980 Y 1991, LA POBLACIÓN CIVIL OCUPADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD SE INCREMENTÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL DE 2.7 POR CIENTO. EN LOS MISMOS AÑOS, PARTICIPÓ CON 7.4% Y 8.4% RESPECTIVAMENTE EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN CIVIL EMPLEADA, SITUACIÓN QUE PERMITE OBSERVAR EL SIGNIFICATIVO IMPACTO QUE TIENE ESTE SECTOR EN LOS NIVELES DE EMPLEO. LA DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO CON EL TIPO DE INSTALACIÓN DONDE EL PERSONAL QUE SE DESEMPEÑA NO SUFRE VARIACIONES IMPORTANTES EN EL PERIODO DE ESTUDIO. EN EL ÚLTIMO AÑO MENCIONADO 49.3% LABORABA EN HOSPITALES, 16.6% EN CASAS DE ENFERMERÍA Y 11.5% EN CONSULTORIOS MÉDICOS (VER CUADRO 1).

CUADRO 1
PERSONAS OCUPADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD
DE ACUERDO CON EL LUGAR 1980-1991
(MILES DE PERSONAS)

LUGAR/AÑOS	1980	%	1985	%	1990	%	1991	%
TOTAL DE EMPLEADOS CIVILES EN LA ECONOMÍA	99,303		107,150		117,914		116,877	
TODOS LOS SITIOS DE SERVICIOS	7,339	100.0	7,910	100.0	9,110	100.0	9,817	100.0
CONSULTORIOS MÉDICOS	777	10.6	894	11.3	1,039	11.4	1,128	11.5
CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS	418	5.7	480	6.1	560	6.1	574	5.8
CONSULTORIOS QUIROPRÁCTICOS	40	0.5	50	0.7	97	1.1	105	1.1
HOSPITALES	4,036	55.0	4,269	54.0	4,566	50.2	4,839	49.3
CASAS DE ENFERMERÍA Y PERSONAL DE AYUDA	1,199	16.3	1,309	16.5	1,521	16.7	1,626	16.6
OTROS LUGARES	872	11.9	897	11.4	1,325	14.5	1,545	15.7
EMPLEADOS DEL SECTOR SALUD EN EL TOTAL.		7.4		7.4		8.0		8.4

NOTA: EXCLUYE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN OCUPACIONES RELATIVAS A LA SALUD PERO NO SON CONSIDERADAS EN EL SECTOR COMO PERSONAL DE FARMACIAS, ESCUELAS DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN CASAS PRIVADAS, EXCLUYE PERSONAL DEL LAS FUERZAS ARMADAS.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAITTSTVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

EL NÚMERO DE MÉDICOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE, EN LA DÉCADA DE LOS OCHENTAS, SE INCREMENTÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL DE 2.8 POR CIENTO, PARA ALCANZAR LA

CIFRA DE 495,179. ELLO DIO POR RESULTADO QUE EL INDICADOR DENOMINADO MÉDICO POR 1,000 HABITANTES PASARA DE 1.6 A 1.8 EN EL PERÍODO SEÑALADO. DE ACUERDO CON EL LUGAR DE TRABAJO, 72.9% LABORAN EN CONSULTORIOS Y 27.9% EN HOSPITALES (VER CUADRO 2).

CUADRO 2
MÉDICOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE 1980-1990

ÁREA DE TRABAJO/AÑOS	1980	MÉDICO POR 1,000 HABITANTES	1985	MÉDICO POR 1,000 HABITANTES	1990	MÉDICO POR 1,000 HABITANTES
TOTAL	376,512	1.6	448,820	1.7	495,179	1.8
CONSULTORIOS	272,000		330,197		360,995	
HOSPITALES	104,512		118,623		134,184	
NO FEDERAL	361,915		431,527		479,547	
CONSULTORIOS	271,268		329,041		359,932	
HOSPITALES	90,647		102,486		119,615	
FEDERAL	14,697		17,293		15,632	
CONSULTORIOS	732		1,156		1,063	
HOSPITALES	13,965		16,137		14,569	

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993

EN 1991 LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE CORTA PERMANENCIA TOTALIZARON 5,675 UNIDADES, NÚMERO QUE IMPLICA UNA DISMINUCIÓN DE 554 CON RESPECTO A 1980. LOS ESTABLECIMIENTOS PROPIEDAD DEL GOBIERNO FEDERAL REPRESENTARON 5.4%, EN TANTO QUE EL RESTANTE 94.6% CORRESPONDE A INSTALACIONES NO FEDERALES. ESTE ÚLTIMO PORCENTAJE ESTÁ COMPUESTO DE LA SIGUIENTE FORMA: 56.1% SON ESTABLECIMIENTOS SIN FINES DE LUCRO, 13.0% PRIVADOS Y 25.5% PERTENECEN A LOS GOBIERNOS ESTATALES Y LOCALES. DEL TOTAL DE ESTE TIPO DE HOSPITALES, 44.8% SON INSTALACIONES QUE TIENEN UN RANGO DE 6 A 99 CAMAS DISPONIBLES, 37.5% DE 100 A 299, Y SOLAMENTE, 5.9% SON HOSPITALES CON MÁS DE 499 CAMAS (VER CUADRO 3).

CUADRO 3
NÚMERO DE HOSPITALES DE CORTA DURACIÓN POR TIPO DE PROPIEDAD Y TAMAÑO
1980-1991

TIPO Y TAMAÑO \ AÑOS	1980	%	1985	%	1990	%	1991	%
TOTAL POR TIPO DE PROPIEDAD	6,229	100.0	6,781	100.0	6,729	100.0	6,675	100.0
FEDERAL	325	5.2	341	5.0	379	5.6	345	5.1
NO FEDERAL	5,904	94.8	6,440	95.0	6,350	94.4	6,330	94.9
SIN LUCRO	3,359	53.9	3,561	52.5	3,202	47.6	3,184	47.8
PRIVADO	730	11.7	805	11.9	749	11.1	739	11.0
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	1,875	29.9	1,615	23.8	1,469	21.8	1,448	21.7
TAMAÑO DEL HOSPITAL (NÚMERO DE CAMAS)	6,229	100.0	6,781	100.0	6,729	100.0	6,675	100.0
6 A 29	2,953	47.4	3,751	55.3	2,594	38.6	2,541	38.1
100 A 199	1,436	23.1	1,458	21.5	1,369	20.2	1,366	20.3
200 A 299	142	2.3	765	11.3	773	11.5	763	11.4
300 A 499	724	11.6	735	10.8	661	9.8	671	10.0
500 O MÁS	374	6.0	391	5.8	341	5.1	334	5.0

NOTA: EXCLUYE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, PARA TUBERCULOSOS Y DE OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1990 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

EN EL MISMO PERIODO, LA CANTIDAD DE CAMAS EXISTENTE DISMINUYÓ EN 77,564 PARA SITUARSE EN 1,002,600 EN 1991. DEL TOTAL MENCIONADO 65.5% CORRESPONDIÓ A UNIDADES SIN FINES DE LUCRO, EN TANTO QUE LAS DE LOS GOBIERNOS ESTATALES Y LOCALES REPRESENTARON 16.9% Y LAS PRIVADAS 9.9 POR CIENTO. DESTACA QUE EL MAYOR NÚMERO DE CAMAS, 48% SE CONCENTRA EN HOSPITALES CUYA CAPACIDAD ES SUPERIOR A LAS 299 CAMAS (VER CUADRO 4). LA DISMINUCIÓN ANTES CITADA PROPICIÓ QUE EL INDICADOR DE CAMAS POR 1,000 HABITANTES DESCENDIERA DE 4.5 A 3.8 ENTRE LOS AÑOS 1980 Y 1990. NO OBSTANTE, EL PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LAS UNIDADES CONTEMPLÓ UNA REDUCCIÓN DE 75.2% A 66.7% EN EL MISMO LAPSO DE TIEMPO (VER CUADRO 5).

CUADRO 1
NÚMERO DE CAMAS EN HOSPITALES DE CORTA PERMANENCIA POR TIPO DE PROPIEDAD Y TAMAÑO
1980-1991

TIPO Y TAMAÑO A AÑOS	1980	1985	1990	1991
TOTAL POR TIPO DE PROPIEDAD	1,080,164 100.0	1,087,750 100.0	1,007,201 100.0	1,002,600 100.0
FEDERAL	89,144 8.2	84,612 7.8	77,827 7.7	76,725 7.7
NO FEDERAL	990,020 91.8	1,003,138 92.2	929,374 92.3	925,875 92.3
SISTEMA FEDERAL	692,329 64.1	707,306 65.0	657,016 65.2	656,713 65.5
PRIVADO	297,691 27.5	295,832 27.2	272,358 27.1	269,162 26.8
SISTEMA ESTATALES Y LOCALES	212,054 19.6	191,411 17.6	179,951 17.8	169,995 16.9
TAMAÑO DEL HOSPITAL (NÚMERO DE CAMAS)	1,080,164 100.0	1,087,750 100.0	1,007,201 100.0	1,002,600 100.0
6 A 99	155,259 14.4	147,703 13.6	136,034 13.5	134,073 13.4
100 A 199	203,923 18.8	206,029 18.9	193,389 19.2	189,735 18.9
200 A 299	180,047 16.7	186,036 17.1	188,433 18.7	185,914 18.5
300 A 499	276,201 25.5	279,700 25.7	250,646 24.9	254,120 25.4
500 Y MAS	268,634 24.6	266,298 24.4	238,300 23.7	234,728 23.4

NOTA: EXCLUYE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, PARA TUBERCULOSOS Y DE OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA, EN 1991 EXISTÍAN 30 HOSPITALES

CUADRO 5
HOSPITALES COMUNITARIOS
CAMAS POR 1,000 HABITANTES Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
1980-1990

VARIABLE Y AÑOS	1980	1985	1990
CAMAS POR 1000 HABITANTES	4.5	4.2	3.9
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	75.2	69.7	66.3

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

GENERALITS. CON UNA CAPACIDAD DE 10,466 CAMAS. DE LA SUMA DE ESTABLECIMIENTOS AGRUPADOS BAJO ESTA DENOMINACIÓN, NUEVE PERTENECÍAN AL GOBIERNO FEDERAL Y REPRESENTABAN 61.9% DEL TOTAL DE CAMAS CON 80.3% DE OCUPACIÓN. EN TANTO, LOS NO FEDERALES TOTALIZARON 21 ESTABLECIMIENTOS, CON 38.1% DE LA SUMA DE CAMAS DE ESTA DENOMINACIÓN Y UNA OCUPACIÓN DE 84.1 POR CIENTO. PARA ES MISMO AÑO, LOS HOSPITALES

SIQUIÁTRICOS ESTABAN CONSTITUIDOS POR 354 UNIDADES CON 121,100 CAMAS, Y CUYO PORCENTAJE DE OCUPACIÓN ALCANZÓ 86.7 POR CIENTO. DESTACA QUE 63.3% SON UNIDADES OPERADAS POR LOS GOBIERNOS ESTATALES Y LOCALES (VER CUADROS 6, 7 Y 8).

CUADRO 6
NÚMERO DE HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD 1980 - 1991

ORIENTACIÓN Y TIPO \ AÑOS	1980	%	1985	%	1990	%	1991	%
GENERALES	17	100.0	23	100.0	31	100.0	30	100.0
FEDERAL	9	52.9	14	60.9	11	35.5	9	30.0
NO FEDERAL	8	47.1	9	39.1	20	64.5	21	70.0
SIQUIÁTRICOS	381	100.0	393	100.0	362	100.0	354	100.0
FEDERAL	23	6.0	19	5.0	16	4.4	15	4.2
SIN LUCRO	47	12.3	57	14.9	45	12.4	39	11.0
PRIVADO	57	15.0	81	21.1	80	22.1	76	21.5
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	254	66.7	226	59.0	221	61.1	224	63.3
TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	10	100.0	5	100.0	3	100.0	3	100.0
OTROS	150	100.0	122	100.0	112	100.0	109	100.0
FEDERAL	1	0.7	3	2.5	1	0.3	4	3.7
SIN LUCRO	66	44.0	59	48.3	49	43.5	45	41.3
PRIVADO	11	7.3	13	10.7	17	15.2	19	17.4
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	72	48.0	47	38.5	45	40.1	41	37.6

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993

CUADRO 7
NÚMERO CAMAS EN HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD 1980 - 1991

ORIENTACIÓN Y TIPO/AÑOS	1980	%	1985	%	1990	%	1991	%
GENERALES	8,253	100.0	12,985	100.0	11,599	100.0	10,466	100.0
FEDERAL	7,205	87.3	10,073	77.6	8,040	69.3	6,481	61.9
NO FEDERAL	1,048	12.7	2,912	22.4	3,559	30.7	3,985	38.1
PSIQUIÁTRICOS	218,400	100.0	162,968	100.0	131,356	100.0	121,100	100.0
FEDERAL	20,871	9.6	15,739	9.7	11,315	8.6	10,044	8.3
SIN LUCRO	6,645	3.0	6,708	4.1	5,218	4.0	3,715	3.1
PRIVADO	5,877	2.7	8,832	5.4	7,923	6.0	7,222	6.0
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	185,007	84.7	131,689	80.8	106,900	81.4	100,119	82.6
TUBERCULOSIS Y OTRAS ENF. RESPIRATORIAS	1,500	100.0	1,514	100.0	355	100.0	355	100.0
OTROS	37,911	100.0	29,519	100.0	22,166	100.0	24,016	100.0
FEDERAL	357	0.9	1,599	5.4	734	3.3	3,043	12.7
SIN LUCRO	10,008	26.5	9,391	31.8	7,324	33.0	7,086	29.5
PRIVADO	1,306	3.4	1,364	4.6	1,197	5.4	1,226	5.1
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	26,160	69.0	17,165	58.2	12,911	58.3	12,661	52.7

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

CUADRO 9
 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA
 POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD
 1980-1991

ORIENTACION Y TIPO \ AÑOS	1980	1985	1990	1991
GENERALES	83.0	80.2	78.1	81.7
FEDERAL	84.6	80.7	78.7	80.3
NO FEDERAL	79.0	78.6	82.3	84.1
SIQUIÁTRICOS	85.9	87.2	86.1	86.7
FEDERAL	87.9	83.5	81.0	78.7
SIN LUCRO	87.2	86.5	76.5	80.0
PRIVADO	76.3	77.6	72.7	69.6
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	86.0	88.3	88.1	89.0
TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	66.4	64.3	65.4	79.2
OTROS	75.9	88.7	86.3	84.2
FEDERAL	85.3	81.9	92.9	78.8
SIN LUCRO	87.3	89.9	85.9	85.2
PRIVADO	86.5	85.6	75.9	64.1
GOBIERNO ESTATALES Y LOCALES	85.6	88.9	87.2	86.9

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1990 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993 P. 154

2.1.3 GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

EL GASTO NACIONAL PERCÁPITA EN SALUD CASI SE TRIPlicó EN 1991 CON RESPECTO A 1980, AL PASAR DE 1,064 A 2,868 DÓLARES. ELLO DIO POR RESULTADO QUE LA PARTICIPACIÓN RESPECTIVA DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO (P.I.B.) SE INCREMENTARA DE 9.2% A 13.2 POR CIENTO. EL GASTO EN SALUD MUESTRA, ADEMÁS, UNA PARTICIPACIÓN CRECIENTE DENTRO DEL GASTO TOTAL DEL GOBIERNO FEDERAL COMO DE LOS GOBIERNOS ESTATALES Y LOCALES, AL REPRESENTAR EN 1980 Y 1991, 11.7% Y 16.7% RESPECTIVAMENTE, ASÍ COMO 9.9% Y 14.1% (VER CUADRO 9).

CUADRO 9
 GASTO EN SALUD DENTRO DEL PRODUCTO NACIONAL BRUTO Y GASTO DEL GOBIERNO
 FEDERAL, ESTATAL Y LOCAL
 1980-1991

VARIABLE Y AÑOS	1980	1985	1990	1991
PRODUCTO NACIONAL BRUTO EN BILLONES DE DÓLARES	2,708.0	4,038.7	5,522.2	5,677.5
GASTO NACIONAL EN SALUD				
MONTO EN BILLONES DE DÓLARES	250.1	422.6	675.0	751.8
PORCENTAJE DEL PRODUCTO NACIONAL BRUTO	9.2	10.5	12.2	13.2
PERCÁPITA EN DÓLARES	1,064.0	1,711.0	2,601.0	2,868.0
GASTO DEL GOBIERNO FEDERAL				
MONTO TOTAL EN BILLONES DE DÓLARES	613.1	969.9	1,273.6	1,332.7
MONTO EN SALUD EN BILLONES DE DÓLARES	72.0	123.5	194.5	252.9
PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD EN EL TOTAL FEDERAL	11.7	12.7	15.3	16.7
GASTO DEL GOBIERNO ESTATAL Y LOCAL				
MONTO TOTAL EN BILLONES DE DÓLARES	336.6	472.6	699.2	760.7
MONTO EN SALUD EN BILLONES DE DÓLARES	33.2	51.2	90.5	107.1
PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD EN EL TOTAL ESTATAL Y LOCAL	9.9	10.8	12.9	14.1

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

EL GASTO NACIONAL EN SALUD EN 1991 ALCANZÓ LOS 751.8 BILLONES DE DÓLARES, TRES VECES SUPERIOR AL REGISTRADO EN 1980. EN CUANTO A SU DISTRIBUCIÓN POR ORIENTACIÓN Y SERVICIO, SU ESTRUCTURA CASI SE MANTIENE EN LOS AÑOS COMPARADOS. EL 87.8% SE CANALIZÓ A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PERSONAL. LOS PRINCIPALES COMPONENTES ESTÁN CONSTITUIDOS POR LA ATENCIÓN EN HOSPITALES, SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON 38.3%, 18.9% Y 8.1% RESPECTIVAMENTE. LOS COSTOS DE ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGUROS SIGNIFICÓ 5.8% Y LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA 3.3 POR CIENTO. LA INVESTIGACIÓN NO COMERCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE INSTALACIONES REPRESENTÓ 1.7% Y 1.4% (VER CUADRO 10).

CUADRO 10
 GASTO NACIONAL EN SALUD Y PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE SERVICIO
 Y ORIENTACIÓN
 1980-1991

TIPO Y ORIENTACIÓN \ AÑOS	1980	1985	1990	1991
MONTO TOTAL EN BILLONES DE DÓLARES	250.1	422.6	675.0	751.8
TOTAL DEL GASTO	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIOS DE SALUD E INSUMOS	95.5	96.4	96.6	96.9
ATENCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS	87.7	87.5	87.5	87.8
ATENCIÓN HOSPITALARIA	40.9	39.8	38.3	38.3
SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA	16.7	17.5	19.1	18.9
SERVICIOS DENTALES	5.7	5.5	5.0	4.9
ATENCIÓN EN CASAS DE ENFERMERÍA	8.0	9.1	7.9	8.0
OTROS SERVICIOS PROFESIONALES	3.5	3.9	4.5	4.9
ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR	0.7	0.9	1.1	1.3
MEDICAMENTOS	8.6	8.6	8.2	8.1
PRODUCTOS PARA LA VISIÓN Y OTROS				
DURABLES	1.9	1.7	1.7	1.6
OTROS	1.9	1.5	1.7	1.9
PROGRAMAS ADMINISTRATIVOS Y COSTO				
NETO DEL SEGURO DE SALUD	4.9	6.0	5.4	5.8
ACTIVIDADES GUBERNAMENTALES DE				
SALUD PÚBLICA	2.9	2.9	3.3	3.3
INVESTIGACIÓN Y CONSTRUCCIÓN	4.5	3.6	3.4	3.1
INVESTIGACIÓN NO COMERCIAL	2.2	1.9	1.8	1.7
CONSTRUCCIÓN	2.3	1.6	1.6	1.4

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1990 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAITHERVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

EN LO QUE SE REFIERE AL GASTO PERSONAL EN SALUD, ESTE PASÓ DE 219.4 A 660.2 BILLONES DE DÓLARES ENTRE 1980 Y 1991, LO QUE SIGNIFICÓ QUE EL GASTO PROMEDIO POR PERSONA EN ESTE RENGLÓN SE INCREMENTARA DE 933 A 2,518 DÓLARES. DE ACUERDO CON EL ORIGEN DE LOS RECURSOS, SU DISTRIBUCIÓN NO SUFRE CAMBIOS SUBSTANCIALES. ASÍ, 21.9% PROVINO DE RECURSOS PERSONALES, 31.7% FUE FINANCIADO POR SEGUROS PRIVADOS DE SALUD, 3.5% DE OTROS

FONDOS PRIVADOS Y 42.9% POR LOS GOBIERNOS FEDERAL, ESTATAL Y LOCAL (30.9 Y 12.0% RESPECTIVAMENTE)⁴.

LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA ESTA PROTEGIDA CONTRA LOS COSTOS CRECIENTES DE ATENCIÓN A LA SALUD POR LOS SEGUROS PRIVADOS Y ALGUNOS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES. LA PROTECCIÓN DE LOS SEGUROS A PERSONAS SE BRINDA EN LOS LUGARES DE TRABAJO. HASTA FINES DE 1994, LAS PRIMAS QUE SE PAGABAN POR LOS SEGUROS DE SALUD CONSISTÍAN EN LO SIGUIENTE: PARA EL ASEGURADO, LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN IMPLICABAN EL PAGO DE 1.45% DE LOS INGRESOS, EN TANTO QUE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTE CUBRÍAN 2.9 POR CIENTO; Y, LOS PATRONES, PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN APORTABAN 1.45% DE LA NÓMINA. POR SU PARTE, EL GOBIERNO ABSORBÍA EL COSTO DE HOSPITALIZACIÓN PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA NO ASEGURADOS, Y EL SALDO DEL COSTO DE SEGURO VOLUNTARIO PARA OTROS SERVICIOS MÉDICOS. TAMBIÉN, LOS PENSIONADOS PAGABAN 29.90 DÓLARES MENSUALES PARA OTROS SERVICIOS. LOS INGRESOS MÁXIMOS PARA FINES DE COTIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN ALCANZÓ LA CIFRA DE 125,000 DÓLARES ANUALES⁵.

GENERALMENTE, LA POBLACIÓN UTILIZA LOS SEGURO DENOMINADOS BLUE CROSS PARA CUBRIR LOS COSTOS DEL HOSPITAL Y BLUE SHIELD PARA SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS. OTRAS COMPAÑÍAS COMERCIALES DE SEGUROS SON EQUITABLE Y PRUDENTIAL, CUYA COBERTURA INCLUYE AMBOS TIPOS DE SERVICIOS.

2.1.4 DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EN LA DÉCADA DE LOS OCHENTAS LA POBLACIÓN RESIDENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CRECIÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL DE 1.2%, PARA ALCANZAR EN 1990 LA SUMA DE 271.1 MILLONES DE PERSONAS. DE ESTE TOTAL 48.9% CORRESPONDÍAN AL SEXO MASCULINO Y 51.1 AL FEMENINO. POR OTRA PARTE, 77.0% PERTENECÍAN A LA RAZA BLANCA, 11.2% A LA NEGRA Y 8.2% SE IDENTIFICAN COMO DE ORIGEN HISPANO. RESALTA QUE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS TIENE UNA PARTICIPACIÓN CRECIENTE, AL REPRESENTAR 11.9% EN 1990 EN TANTO QUE EN 1980 SÓLO PARTICIPABA CON 10.9 POR CIENTO (VER CUADRO 11 Y 12).

⁴ U.S DEPARTMENT OF HEALTH II AND HUMAN SERVICE, OP. CIT PAG. 169

⁵ SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA DEL ISSSTE. LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA. DOCUMENTO MIMEOGRAFIADO.

CUADRO 11
 POBLACIÓN RESIDENTE DE ACUERDO CON LA RAZA, ORIGEN HISPANO, SEXO Y GRUPOS DE EDAD 1980
 (MILES DE PERSONAS)

TOTAL Y GRUPO DE EDAD	SUMA	G R U P O S D E E D A D												
		P O B.	< 1	1_4	5_14	15_24	25_34	35_44	45_54	55_64	65_74	75_84	> 85	
CARACTERÍSTICA														
TOTAL RESIDENTES	240,968	3,867	14,118	37,918	45,640	39,546	27,182	23,974	22,470	16,035	7,929	2,289		
HOMBRES	117,235	1,977	7,220	19,367	23,043	19,615	13,320	11,573	10,512	6,956	2,952	700		
MUJERES	123,733	1,890	6,898	18,551	22,597	19,931	13,862	12,401	11,959	9,079	4,977	1,589		
RAZA BLANCA	194,812	2,699	10,529	28,830	35,776	31,836	22,242	20,059	19,476	14,047	7,057	2,061		
HOMBRES	94,977	1,487	5,402	14,773	18,123	15,940	11,010	9,774	9,151	6,096	2,600	621		
MUJERES	99,835	1,212	5,127	14,057	17,653	15,896	11,232	10,285	10,325	7,951	4,457	1,440		
RAZA NEGRA	26,631	225	1,918	5,192	5,744	4,234	2,723	2,282	1,913	1,343	569	159		
HOMBRES	12,595	269	967	2,614	2,807	1,967	1,235	1,024	854	567	228	52		
MUJERES	14,036	266	951	2,578	2,937	2,267	1,488	1,258	1,059	776	340	106		
INDIOS AMERICANOS Y NATIVOS DE ALASKA	1,420	33	116	302	319	232	154	110	78	49	21	6		
HOMBRES	701	17	59	153	161	114	75	53	37	22	9	2		
MUJERES	718	16	57	149	158	118	79	57	41	27	12	4		
ASIÁTICOS E ISLAS DEL PACÍFICO	3,499	61	232	582	608	740	497	338	228	138	61	14		
HOMBRES	1,691	31	117	297	306	339	239	152	106	70	29	5		
MUJERES	1,808	30	115	285	302	401	258	186	122	68	32	9		
HISPANOS	14,606	339	1,323	3,012	3,193	2,504	1,566	1,185	775	458	202	49		
HOMBRES	7,250	173	675	1,530	1,646	1,255	761	570	364	221	86	19		
MUJERES	7,356	166	648	1,482	1,547	1,249	805	615	411	237	116	30		

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

CUADRO 12
 POBLACIÓN RESIDENTE DE ACUERDO CON LA RAZA, ORIGEN HISPANO, SEXO Y GRUPOS DE EDAD 1990
 (MILES DE PERSONAS)

TOTAL Y GRUPO DE EDAD	SUMA	G R U P O S D E E D A D												
		P O B.	< 1	1_4	5_14	15_24	25_34	35_44	45_54	55_64	65_74	75_84	> 85	
CARACTERÍSTICA														
TOTAL RESIDENTES	171,064	4,494	16,731	39,261	41,417	47,544	40,353	26,743	22,295	18,760	10,352	3,112		
HOMBRES	132,623	2,297	8,561	20,099	21,291	23,674	19,980	13,050	10,505	8,218	3,875	873		
MUJERES	138,441	2,197	8,170	19,164	20,126	23,670	20,373	13,693	11,790	10,542	6,477	2,239		
RAZA BLANCA	108,704	3,128	11,833	28,173	29,998	35,828	31,653	21,570	18,511	16,175	9,084	2,761		
HOMBRES	102,142	1,604	6,071	14,467	15,389	18,071	15,819	10,624	8,813	7,127	3,497	760		
MUJERES	106,562	1,524	5,762	13,706	14,599	17,757	15,834	10,946	9,698	9,048	5,687	2,001		
RAZA NEGRA	30,483	638	2,301	5,341	5,369	5,497	4,241	2,591	2,013	1,498	772	222		
HOMBRES	14,419	322	1,164	2,700	2,669	2,592	1,962	1,175	878	614	277	66		
MUJERES	16,064	316	1,137	2,641	2,700	2,905	2,279	1,416	1,135	884	495	156		
INDIOS AMERICANOS Y NATIVOS DE ALASKA	2,064	48	173	406	370	369	288	178	116	73	34	9		
HOMBRES	1,022	24	88	206	192	183	140	86	55	32	13	3		
MUJERES	1,042	24	85	200	178	186	148	92	61	41	21	6		
ASIÁTICOS E ISLAS														
DEL PACÍFICO	7,459	133	505	1,176	1,286	1,467	1,252	718	472	299	122	29		
HOMBRES	3,652	68	258	598	665	718	588	347	208	133	57	12		
MUJERES	3,807	65	247	578	621	749	664	371	264	166	65	17		
HISPANOS	22,354	547	1,919	4,167	4,404	4,383	2,919	1,686	1,193	715	340	91		
HOMBRES	11,388	279	980	2,128	2,376	2,310	1,471	818	551	312	151	32		
MUJERES	10,966	268	939	2,039	2,028	2,073	1,448	868	642	403	189	59		

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW, HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER OBSERVA UNA TENDENCIA CRECIENTE ENTRE 1980 Y 1991. EN EL PRIMER AÑO DE ESTUDIO REGISTRÓ 73.7 AÑOS PARA AMBOS SEXOS Y EN EL ÚLTIMO, 75.7 AÑOS. SE APRECIAN, ADEMÁS, DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS DE 5 A 8 AÑOS APROXIMADAMENTE ENTRE LAS RAZAS Y SEXOS. LA RAZA BLANCA Y LAS MUJERES OBSERVAN UN MAYOR PROMEDIO DE AÑOS DE VIDA. EN LO QUE SE REFIERE A LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS, ÉSTA SE INCREMENTÓ DE 16.4 A 17.5 AÑOS PARA TODAS LAS RAZAS Y AMBOS SEXOS. LAS DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE SEXO Y

RAZA SON SIMILARES CON EL INDICADOR AL INICIO DE LA VIDA, PERO EN UNA DIMENSIÓN MUCHO MENOR (VER CUADRO 13).

CUADRO 13
ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 65 AÑOS PARA
TODAS LAS RAZAS, RAZA BLANCA Y NEGRA, Y POR SEXO
1980 - 1991

AÑOS \ RAZA	TODAS LAS RAZAS			B L A N C A			N E G R A		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES

AL NACER

1980	73.7	70.0	77.4	74.4	70.7	78.1	68.1	63.8	72.5
1985	74.7	71.1	78.2	75.3	71.8	78.7	69.3	65.0	73.4
1990	75.4	71.8	78.8	76.1	72.7	79.4	69.1	64.5	73.6
1991 1/	75.7	72.2	79.1	76.4	73.0	79.7	70.0	65.6	74.3

A LOS 65 AÑOS

1980	16.4	14.1	18.3	16.5	14.2	19.4	15.1	13.0	16.8
1985	16.7	14.5	18.5	16.8	14.5	18.7	15.2	13.0	16.9
1990	17.2	15.1	18.9	17.3	15.2	19.1	15.4	13.2	17.2
1991 1/	17.5	15.5	19.2	17.6	15.5	19.3	16.1	14.2	17.5

1/ PRELIMINAR

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

EN 1980 DEL TOTAL DE POBLACIÓN MENOR DE 65 AÑOS, 78.8% ESTABA CUBIERTA POR SEGUROS PRIVADOS Y 5.9 POR MEDICAID, Y 12.5% NO TENÍA ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. PARA 1989 ESTAS PROPORCIONES SE MODIFICAN AL REPRESENTAR 76.6%, 6.4% Y 15.7% RESPECTIVAMENTE. SOBRE EL PARTICULAR, DESTACA, UNA TENDENCIA A DISMINUIR RELATIVAMENTE LA PARTICIPACIÓN

DE LOS SEGUROS PRIVADOS EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y UN INCREMENTO DEL APOYO OTORGADO POR MEDICAID. EN PARALELO, SE APRECIA UN CRECIMIENTO DEL NÚMERO DE HABITANTES SIN ACCESO A LOS SERVICIOS DE APROXIMADAMENTE 11.3 MILLONES, CON LO QUE LA POBLACIÓN NO CUBIERTA POR EL SISTEMA DE SALUD ALCANZÓ LA CIFRA DE 37.5 MILLONES DE PERSONAS.

OTRAS CARACTERÍSTICAS EN 1989 DEL GRUPO NO CUBIERTO SON LAS SIGUIENTES: DEL TOTAL DEL SEXO MASCULINO 16.4% SE ENCUENTRAN EN ÉSTA CONDICIÓN Y EL 14.5% DEL FEMENINO; POR TIPO DE RAZA, RESALTA QUE MIENTRAS QUE 22.0% CORRESPONDEN A LA NEGRA, ÚNICAMENTE 14.5% DE LA BLANCA SE VINCULAN A ESTA SITUACIÓN; Y A MENOR INGRESO, UNA PROPORCIÓN MÁS ALTA SE UBICA EN EL RANGO SIN ACCESO A LOS SERVICIOS, ASPECTO QUE MEJORA SENSIBLEMENTE AL AUMENTAR LAS PERCEPCIONES ECONÓMICAS (VER CUADRO 14).

EN LO QUE SE REFIERE A LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS, EN 1989 APROXIMADAMENTE TRES CUARTAS PARTES ESTÁN CUBIERTAS POR MEDICARE Y SEGUROS PRIVADOS, 5.7% POR MEDICARE Y MEDICAID Y 16.8% SOLAMENTE POR MEDICARE. EN CONTRASTE, EN 1980 DICHAS PROPORCIONES REPRESENTABAN 64.4%, 8.1% Y 22.7% RESPECTIVAMENTE. ELLO POSIBLEMENTE SIGNIFICA UN MAYOR USO DE LOS SEGUROS PRIVADOS, ASPECTO QUE ES REFORZADO POR EL CRECIMIENTO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CUBIERTA POR LOS MISMOS, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN MÁS AMPLIA EN FUNCIÓN DEL INGRESO PERCIBIDO (VER CUADRO 15).

ENTRE 1980 Y 1991, LA PARTICIPACIÓN DE LOS HABITANTES QUE VIVEN POR ABAJO DEL NIVEL DE POBREZA EN LA NACIÓN NORTEAMERICANA AUMENTÓ 1.2 PUNTOS PORCENTUALES PARA ALCANZAR 14.2%. EN EL ÚLTIMO AÑO MENCIONADO, DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN DE RAZA BLANCA 11.3% VIVÍAN EN ESTA CONDICIÓN, 32.7% DE LA NEGRA Y 28.7% DE LA DE ORIGEN HISPANO. MIENTRAS QUE PARA LA RAZA BLANCA Y ORIGEN HISPANO, LA PROPORCIÓN AUMENTA EN EL PERIODO DE ANÁLISIS EN 1.1 Y 3.0 PUNTOS PORCENTUALES, EN LA NEGRA LA PROPORCIÓN RELATIVA SE MANTIENE CASI SIN MODIFICACIÓN (VER CUADRO 16).

CUADRO 14
 COBERTURA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS
 DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS 1980 - 1989
 (PORCENTAJES)

CARACTERÍSTICAS	AÑOS	SEGUROS PRIVADOS			MEDICAID 1/			NO CUBIERTAS 2/		
		1980	1984	1989	1980	1984	1989	1980	1984	1989
TOTAL 3/ 4/		78.8	76.9	76.6	5.9	6.0	6.4	12.5	15.4	15.7
EDAD(AÑOS)										
MENOS DE 15		74.7	71.9	71.7	10.2	10.8	11.4	12.8	16.1	15.9
MENOS DE 5		70.3	67.6	68.1	12.0	13.4	13.3	15.2	17.0	17.0
5-14		76.7	74.2	72.6	9.4	9.4	10.4	11.7	15.0	15.3
15-44		73.3	72.0	76.6	1.2	4.4	4.4	14.2	17.6	18.1
45-64		83.6	83.6	82.3	3.1	2.7	1.4	4.6	10.2	10.6
SEXO 4/										
HOMBRES		79.5	77.5	76.8	4.7	5.0	5.2	12.7	15.8	16.4
MUJERES		78.2	63.7	76.2	7.1	7.1	7.6	12.2	11.1	14.9
RAZA 4/										
BLANCA		81.9	80.0	79.7	3.9	4.1	4.5	11.4	14.2	14.5
NEGRA		60.1	58.9	59.2	17.9	17.5	17.1	19.0	22.3	22.0
INGRESO FAMILIAR ANUAL 5/ (DÓLARES)										
MENOS DE 14,000		38.6	34.1	34.6	27.6	26.5	26.6	31.0	37.8	37.3
14,000 A 24,999		61.1	71.3	71.4	9.2	4.2	4.8	25.0	22.1	21.4
25,000 A 34,999		79.0	88.3	87.9	3.0	1.2	1.2	15.0	8.7	9.3
35,000 A 49,999		90.2	93.1	92.4	1.1	0.4	0.8	6.2	4.8	5.6
50,000 Y MÁS		93.7	95.2	95.7	0.6	0.4	0.4	3.9	3.1	3.2

1/ INCLUYE PERSONAS QUE RECIBEN APOYOS A FAMILIAS CON NIÑOS DEPENDIENTES O INGRESO DE SEGURIDAD COMPLEMENTARIO, Y OTROS RECURSOS DE MEDICAID.

2/ INCLUYE PERSONAS NO CUBIERTAS POR SEGUROS PRIVADOS, MEDICAID, MEDICARE Y PROGRAMAS MILITARES.

3/ INCLUYE OTRAS RAZAS QUE NO SE MUESTRAN POR SEPARADO Y FAMILIAS CON INGRESO DESCONOCIDO.

4/ EDAD AJUSTADA.

5/ LAS CATEGORÍAS DE INGRESO EN 1980 SON: MENOS DE 7,000; DE 7,000 A 9,999; 10,000 A 14,999; 15,000 A 24,999; Y 25,000 Y MÁS. PARA 1984, CORRESPONDEN A MENOS DE 10,000; DE 10,000 A 18,999; 19,000 A 29,999; 30,000 A 39,999; Y 40,000 Y MÁS.

NOTA: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100 EN VIRTUD DE QUE NO SE MUESTRAN OTROS SEGUROS COMO EL MILITAR Y EL MEDICARE, Y PORQUE PERSONAS CON SEGUROS PRIVADOS Y MEDICAID APARECEN EN AMBAS COLUMNAS.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAITTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

FALLA DE ORIGEN

CUADRO 15
 COBERTURA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS
 DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
 1980 - 1989

CARACTERÍSTICAS	AÑOS			SEG PRIV Y MEDICARE			MEDICARE Y MEDICAID 1/			SOLO MEDICARE 2/		
	1980	1984	1989	1980	1984	1989	1980	1984	1989	1980	1984	1989
TOTAL 3/ 4/	64.4	70.9	73.5	8.1	5.4	5.7	22.7	20.0	16.8			
EDAD(AÑOS)												
65-74	67.0	73.3	74.2	6.8	4.5	5.0	20.6	17.7	15.5			
75 Y MÁS	59.9	66.8	72.3	10.3	7.0	6.8	26.4	24.1	19.0			
74-84	61.9	69.2	74.1	9.7	6.5	6.4	24.8	22.0	17.4			
85 Y MÁS	51.2	56.2	64.8	12.7	9.3	8.5	33.0	33.4	26.1			
SEXO 4/												
HOMBRES	65.6	71.6	73.9	5.7	3.3	4.0	23.1	20.8	17.2			
MUJERES	63.6	70.5	73.4	9.6	6.9	6.8	22.4	19.4	16.4			
RAZA 4/												
BLANCA	68.3	74.4	77.3	6.6	4.0	4.5	21.0	18.5	14.7			
NEGRA	26.5	38.1	39.3	23.3	19.9	16.5	40.6	35.4	37.9			
INGRESO FAMILIAR ANUAL 5/ (DÓLARES)												
MENOS DE 14,000	53.4	57.5	64.8	15.7	12.3	11.4	28.2	27.3	21.5			
14,000 A 24,999	72.9	79.8	81.2	4.8	1.8	2.6	19.1	15.1	13.4			
25,000 A 34,999	74.1	80.3	80.0	3.9	2.2	2.4	18.3	13.7	12.5			
35,000 A 49,999	74.4	81.0	80.3	2.5	2.3	1.9	16.8	11.9	10.2			
50,000 Y MÁS	71.9	78.5	76.5	2.2	1.8	1.1	18.3	14.4	12.6			

1/ INCLUYE PERSONAS QUE RECIBEN APOYOS A FAMILIAS CON NIÑOS DEPENDIENTES O INGRESO DE SEGURIDAD COMPLEMENTARIO, Y OTROS RECURSOS DE MEDICAID.

2/ INCLUYE PERSONAS NO CUBIERTAS POR SEGUROS PRIVADOS, MEDICAID, Y UNA PEQUEÑA PROPORCIÓN CON OTROS TIPOS DE COBERTURA COMO ASISTENCIA PÚBLICA.

3/ INCLUYE OTRAS RAZAS QUE NO SE MUESTRAN POR SEPARADO Y FAMILIAS CON INGRESO DESCONOCIDO.

4/ EDAD ANUALIZADA.

5/ LAS CATEGORÍAS DE INGRESO EN 1980 SON: MENOS DE 7,000; DE 7,000 A 9,999; 10,000 A 14,999; 15,000 A 24,999; Y 25,000 Y MÁS.

LAFA 1984, CORRESPONDEN A MENOS DE 10,000; DE 10,000 A 19,999; 19,000 A 24,999; 25,000 A 34,999; Y 40,000 Y MÁS.

NOTA: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100 EN VIRTUD DE QUE NO SE MUESTRAN OTROS SEGUROS COMO EL MILITAR Y EL MEDICARE, Y PORQUE PERSONAS CON SEGUROS PRIVADOS Y MEDICAID APARECEN EN AMBAS COLUMNAS.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

LA TASA DE MORTALIDAD POR 100,000 RESIDENTES SE REDUJO DE 1980 A 1990, AL PASAR DE 585.8 A 520.2 DECESOS. DESTACA QUE EN ORDEN DE IMPORTANCIA, LAS PRIMERAS SEIS CAUSAS DE MUERTE MANTIENEN LA MISMA SECUENCIA PARA LOS DOS AÑOS DE ESTUDIO. LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN OCUPAN EL PRIMER LUGAR, SEGUIDAS POR EL CÁNCER, ENFERMEDADES CEREBRO

VASCULARES, LESIONES NO INTENCIONALES EN LAS QUE MÁS DE LA MITAD SON PRODUCIDAS POR VEHÍCULOS DE MOTOR, ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS OBSTRUCTIVAS Y NEUMONÍAS E INFLUENZA. PARA EL ÚLTIMO AÑO DE ANÁLISIS, EL SIDA ES LA DÉCIMA CAUSA DE MUERTE (VER CUADRO 17).

LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR MIL NACIDOS VIVOS ENTRE 1983 Y 1987, OBSERVA TAMBIÉN UNA TENDENCIA DECRECIENTE, AL SITUARSE EN 10.9 Y 9.9 RESPECTIVAMENTE. SIN EMBARGO, PARA EL ÚLTIMO AÑO, LA QUE REGISTRAN LOS NACIDOS DE MADRES DE RAZA NEGRA CASI DUPLICAN A LA OBSERVADA POR EL TOTAL DE MADRES DE TODAS LAS RAZAS (VER CUADRO 18).

CUADRO 16
PORCENTAJE DE PERSONAS POR ABAJO DEL NIVEL DE POBREZA
DE ACUERDO CON LA RAZA Y ORIGEN HISPANO
1980 - 1991

POBLACIÓN \ AÑOS	1980	1985	1990	1991
TOTAL	13.0	14.0	13.5	14.2
BLANCOS	10.2	11.4	10.7	11.3
NEGROS	32.5	31.3	31.9	32.7
HISPANOS	25.7	29.0	28.1	28.7

NOTA: EL NIVEL DE POBREZA SE DEFINE COMO EL INGRESO FAMILIAR ANUAL (FAMILIAS DE CUATRO PERSONAS) IGUAL O MENOR DE 13,359 DÓLARES EN 1990 Y 13,924 EN 1991.

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993

CUADRO 17
 TASAS DE MORTALIDAD 1/ AJUSTADAS POR EDAD Y CAUSA
 SELECCIONADA Y NÚMERO DE ORDEN
 1980 - 1990

CAUSA \ AÑOS	1980	NÚMERO	1985	NÚMERO	1990	NÚMERO
		ORDEN		ORDEN		ORDEN
TODAS LAS CAUSAS	585.8		548.9		520.2	
CAUSAS INTERNAS	519.7		493.0		465.1	
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	202.0	1	181.4	1	152.0	1
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	149.8		126.1		102.6	
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	40.8	4	32.5	3	27.7	3
NEOPLASMAS MALIGNOS	132.8	2	134.4	2	135.0	2
SISTEMA RESPIRATORIO	36.4		39.1		41.4	
COLÓN Y RECTO	15.5		14.9		13.6	
PRÓSTATA 2/	14.4		14.7		16.7	
MAMARIO 3/	22.7		23.3		23.1	
ENFERMEDADES PULMONARES						
CRÓNICAS OBSTRUCTIVAS	15.9	5	18.8	5	19.7	5
NEUMONÍA E INFLUENZA	12.9	6	13.5	6	14.0	6
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL						
HÍGADO Y CIRROSIS	12.2	7	9.7	9	8.6	9
DIABETES MELLITUS	10.1	10	9.7	7	11.7	7
NEFRITIS, SÍNDROME NEFRÓTICO Y NEFROSIS	4.5	12	4.9	11	4.3	12
SEPTICEMIA	2.6	13	4.1	14	4.1	13
ARTEROESCLEROSIS	5.7	11	4.0	10	2.7	14
SIDA	--		--		9.8	10
CAUSAS EXTERNAS	66.1		55.9		55.1	
LESIONES NO INTENCIONALES	42.3	3	34.8	4	32.5	4
FOR VEHÍCULOS DE MOTOR	22.9		18.8		18.5	
SUICIDIOS	11.4	8	11.5	8	11.5	8
HOMICIDIOS E INTERVENCIONES LEGALES	10.8	9	8.3	12	10.2	11
CAUSAS INDUCIDAS POR DROGAS	3.0		3.5		3.6	
CAUSAS INDUCIDAS POR ALCOHOL	8.4		7.0		7.2	

1/ POR 100,000 RESIDENTES

2/ SOLO HOMBRES

3/ SOLO MUJERES

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A., 1993

CUADRO 18
 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL 1/ DE ACUERDO
 CON LA RAZA Y ORIGEN HISPANO DE LA MADRE
 1983 - 1997

POBLACIÓN \ AÑOS	1983	1985	1997
TOTAL DE LAS MADRES	10.9	10.4	9.6
BLANCAS	9.3	8.9	8.2
NEGRAS	19.2	18.6	17.8
INDIAS AMERICANAS Y NATIVAS DE ALASKA	15.2	13.1	13.0
ASIÁTICAS E ISLAS DEL PACÍFICO	8.3	7.8	7.3
ORIGEN HISPANO	9.5	8.8	8.2

1/ POR MIL NACIDOS VIVOS

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993

EN 1986 SE OTORGARON 5.3 CONSULTAS POR PERSONA, Y EN 1991, UN NÚMERO LIGERAMENTE SUPERIOR DE 5.6. EN ESTE ÚLTIMO AÑO SE OBSERVA QUE DE ACUERDO CON LA EDAD, LOS GRUPOS DE POBLACIÓN QUE MÁS TUVIERON CONTACTO CON LOS MÉDICOS FUE EL DE 75 AÑOS Y MÁS CON 12.3 CONSULTAS, DE 65 A 74 AÑOS 9.2 Y LOS MENORES DE 5 AÑOS 7.1 CONSULTAS. TAMBIÉN RESALTA QUE LAS MUJERES EN GENERAL Y PERSONAS DE RAZA BLANCA VISITAN CON MAYOR FRECUENCIA A LOS MÉDICOS. POR NIVELES DE INGRESO, EL ESTRATO DE MENORES PERCEPCIONES, DEMANDA MAYOR ATENCIÓN DE ESTOS PROFESIONISTAS (VER CUADRO 19).

EL INDICADOR DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR 1,000 HABITANTES EN UNIDADES DE CORTA PERMANENCIA OBSERVA UNA REDUCCIÓN EN LOS AÑOS 1986 Y 1991 AL SITUARSE EN 98.3 Y 88.7, RESPECTIVAMENTE. DE IGUAL FORMA, EL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA EN ESTOS ESTABLECIMIENTOS MANIFIESTA UNA DISMINUCIÓN AL REGISTRAR 7.0 CONTRA 6.6 DÍAS. TENDENCIA SIMILAR SE OBSERVA POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y ESTRATOS DE INGRESO, CON EXCEPCIÓN DE PERSONAS DE 65 A 74 AÑOS DE VIDA Y LOS QUE TIENEN UNA PERCEPCIÓN ANUAL MENOR A 14,000 DÓLARES. PROPORCIONALMENTE, EL NÚMERO DE EGRESOS ES MAYOR EN PERSONAS DE MÁS DE 75

AÑOS, DE 65 A 74 AÑOS, MENORES DE 5 AÑOS, HABITANTES DE RAZA NEGRA Y POBLACIÓN CON INGRESOS FAMILIARES ANUALES MENORES DE 14,000 DÓLARES (VER CUADRO 20).

CUADRO 19
CONSULTAS MÉDICAS POR PERSONA DE ACUERDO CON
CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
1986 - 1991

CARACTERÍSTICAS \ AÑOS	1986	1991
TOTAL 1/ 2/	5.3	5.3
EDAD(AÑOS)		
MENOS DE 15	4.4	4.7
MENOS DE 5	6.3	7.1
5-14	3.4	3.4
15-44	4.5	4.7
45-64	6.6	6.6
65 Y MÁS	9.1	10.4
65-74	8.1	9.2
75 Y MÁS	10.6	12.3
SEXO 2/		
HOMBRES	4.6	4.9
MUJERES	6.0	6.3
RAZA 3/		
BLANCA	5.4	5.8
NEGRA	4.8	5.2
INGRESO FAMILIAR ANUAL 3/ (DÓLARES)		
MENOS DE 14,000	6.4	6.8
14,000 A 24,999	5.3	5.6
25,000 A 34,999	5.3	5.5
35,000 A 49,999	5.3	5.8
50,000 Y MÁS	5.5	5.8

1/ INCLUYE OTRAS RAZAS QUE NO SE MUESTRAN POR SEPARADO Y FAMILIAS CON INGRESO DESCONOCIDO

2/ EDAD AJUSTADA

3/ LAS CATEGORÍAS DE INGRESO EN 1986 SON: MENOS DE 11,000; 11,000 A 19,999; 20,000 A 29,999; 30,000 A 39,999; Y 40,000 Y MÁS

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND U.S.A, 1993

CUADRO 20
EGRESOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA EN HOSPITALES DE
CORTO PLAZO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
1986 - 1991

VARIABLE Y AÑOS CARACTERÍSTICAS	EGRESOS POR 1,000 HABITANTES		PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA	
	1986	1991	1986	1991
	TOTAL 1/ 2/	98.3	88.7	7.0
EDAD(AÑOS)				
MENOS DE 15	48.1	44.2	6.0	5.4
MENOS DE 5	73.8	73.3	7.6	5.8
5-14	34.2	28.7	4.2	4.7
15-44	70.0	62.8	6.2	5.8
45-64	142.0	116.7	6.8	7.0
65 Y MÁS	275.3	272.8	8.5	7.6
65-74	236.8	240.3	8.7	7.6
75 Y MÁS	337.3	322.5	8.3	7.6
SEXO 2/				
HOMBRES	102.0	89.2	7.1	6.7
MUJERES	95.4	89.1	6.8	6.5
RAZA 2/				
BLANCA	98.4	88.6	6.7	6.4
NEGRA	103.3	96.3	8.8	7.9
INGRESO FAMILIAR ANUAL 3/ (DÓLARES)				
MENOS DE 14,000	128.4	131.7	7.0	7.2
14,000 A 24,999	116.9	94.4	7.4	7.1
25,000 A 34,999	89.5	79.1	6.5	6.7
35,000 A 49,999	100.7	71.8	6.8	5.4
50,000 Y MÁS	77.6	64.0	5.5	5.7

1/ INCLUYE OTRAS RAZAS QUE NO SE MUESTRAN POR SEPARADO Y

FAMILIAS CON INGRESO DESCONOCIDO

2/ EDAD AJUSTADA

3/ LAS CATEGORÍAS DE INGRESO EN 1986 SON: MENOS DE 11,000;
11,000 A 19,999; 20,000 A 29,999; 30,000 A 39,999; 40,000 Y
MÁS

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE U.S. DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1991 AND HEALTHY
PEOPLE 2000 REVIEW. HAYTTSVILLE, MARYLAND M.S.A., 1993

EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, LAS GRANDES DIFERENCIAS EN LAS CONDICIONES DE SALUD ENTRE RAZAS Y ORIGEN HISPANO SE EXPLICAN POR FACTORES SOCIOECONÓMICOS, LAS PRÁCTICAS DE SALUD, EL ESTRÉS PSICOSOCIAL, RECURSOS Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN A LA SALUD⁶.

2.1.5 PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO

LAS PRINCIPALES DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA SON ENTRE OTRAS, UNA PROPORCIÓN CRECIENTE DE PERSONAS SIN ACCESO A LOS SERVICIOS, APROXIMADAMENTE 13.8% EN 1989, Y EL AUMENTO CONSTANTE DEL GASTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

ENTRE 1980 Y 1981, EL GASTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA SE INCREMENTÓ 16.2 POR CIENTO. LOS FACTORES QUE LO EXPLICAN CORRESPONDEN 70% A LOS PRECIOS, 6% A LA POBLACIÓN Y 24% A CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS E INSUMOS MÉDICOS. PARA EL BIENIO 1990-1991 DICHO INCREMENTO FUE DE 11.6%, CON UNA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL EN LOS COMPONENTES: 54% EN RESPUESTA A LOS PRECIOS, 9% A LA POBLACIÓN Y 37% A LA CALIDAD DE SERVICIOS E INSUMOS MÉDICOS⁷.

COMO SE PUEDE OBSERVAR, EL PROCESO INFLACIONARIO TIENE UNA ALTA REPERCUSIÓN EN EL CRECIMIENTO DEL GASTO EN SALUD. POR SU PARTE, LA POBLACIÓN INFLUYE, ADEMÁS DEL CRECIMIENTO NATURAL Y SOCIAL, POR LA TENDENCIA A UN MAYOR USO DE LOS SERVICIOS. QUE SE DERIVA DEL DESARROLLO DE LOS SEGUROS MÉDICOS, Y POR EL INCREMENTO DEL GRUPO DE EDAD AVANZADA, QUE RECLAMA PROPORCIONES SIGNIFICATIVAS DE RECURSOS A CONSECUENCIA DE LA ALTA MORBILIDAD, LENTA RECUPERACIÓN Y LAPROS DE PERMANENCIA MÁS PROLONGADOS EN LOS HOSPITALES Y CASAS DE ENFERMERÍA. POR ÚLTIMO, EL CAMBIO EN LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS E INSUMOS, ESTA CONDICIONADO POR LOS AVANCES TECNOLÓGICOS QUE IMPLICAN TRATAMIENTOS MÁS SOFISTICADOS A TRAVÉS DE MEDICAMENTOS MÁS EFECTIVOS CONTRA LAS ENFERMEDADES, EL TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y LA UTILIZACIÓN DE EQUIPO MÉDICO DE VANGUARDIA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y DIAGNÓSTICO.

2.1.6 REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD EN LA ADMINISTRACIÓN DE BILL CLINTON

LOS PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN LAS REFORMAS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD SON: GARANTIZAR UN PAQUETE DE BENEFICIOS PARA TODOS LOS NORTEAMERICANOS; ESTABLECER MEDIDAS EFECTIVAS PARA CONTROLAR EL INCREMENTO DE COSTOS PARA CONSUMIDORES Y EMPRESARIOS;

⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. OP. CIT. PREFACIO PAG. III

⁷ IBID, PAG. 163

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN; Y HACER QUE CADA PERSONA SEA RESPONSABLE DE SU SALUD⁸.

COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN LA NUEVA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD SE ENCUENTRA EL IMPULSO DE LAS FUERZAS DEL MERCADO PARA AMPLIAR LA COBERTURA, ELEVAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y CONTENER LOS COSTOS. PARA ELLO, LA ELECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES ES EL SOPORTE PRINCIPAL.

LOS COMPONENTES DEL SISTEMA PROPUESTO SON: EL GOBIERNO FEDERAL, EL GOBIERNO ESTATAL, LAS ALIANZAS Y LOS PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD. AL GOBIERNO FEDERAL LE CORRESPONDE DEFINIR EL PAQUETE DE BENEFICIOS, DETERMINAR EL CRECIMIENTO DE LAS PRIMAS DEL SEGURO; REFORMAR EL SISTEMA DE SEGUROS; Y ESTABLECER NORMAS DE CALIDAD.

A LOS GOBIERNOS ESTATALES: INSTRUMENTAR LAS REFORMAS A LA ATENCIÓN A LA SALUD PROPUESTAS POR EL GOBIERNO FEDERAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES; CREAR LAS ALIANZAS, CERTIFICAR LOS PLANES DE SALUD; MONITOREAR LA CALIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN; E IMPLEMENTAR LA REFORMA DE LOS SEGUROS.

LAS ALIANZAS SIRVEN COMO AGENTES COMPRADORES PARA CONSUMIDORES Y EMPRESARIOS, Y TIENEN LAS RESPONSABILIDADES SIGUIENTES: SOLICITAR OFERTAS COMPETITIVAS DE PLANES DE SALUD; DISTRIBUIR MATERIALES INFORMATIVOS ENTRE CONSUMIDORES; REUNIR LAS PRIMAS Y PAGAR LOS PLANES DE SALUD.

LAS MODIFICACIONES AL SISTEMA DE SALUD, ESTABLECEN QUE LA COBERTURA NO SE INTERRUMPE POR EL CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO, CONDICIÓN DE EMPLEADO O DESEMPLEADO, ESTADO CIVIL O DE SALUD. EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD SE CONTRATA PRINCIPALMENTE EN LAS ÁREAS DE TRABAJO PARA ASALARIADOS Y FAMILIARES, PERO LOS EMPLEADOS INDEPENDIENTES O PEQUEÑOS EMPRESARIOS PUEDEN INSCRIBIRSE EN LAS OFICINAS REGIONALES DE LAS ALIANZAS. LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA MEDICARE CONTINUARÁN RECIBIENDO LOS BENEFICIOS ACTUALES BAJO EL MISMO PROGRAMA, Y SE PREVÉ EXPANDIRLOS EN 1996, PRINCIPALMENTE EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS. DE IGUAL FORMA, SE MANTIENEN LAS PRESTACIONES PARA PERSONAS PROTEGIDAS POR EL DEPARTAMENTO DE DEFENSA, VETERANS AFFAIRS E INDIAN HEALTH SERVICE. EN TANTO QUE LOS HABITANTES APOYADOS POR MEDICAID SERAN CUBIERTOS POR LAS ALIANZAS REGIONALES POR MEDIO DE LOS PLANES DE SALUD QUE ELAS OFRECEN.

⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "PRESIDENT CLINTON'S PROPOSAL FOR REFORMING THE U.S HEALTH CARE SYSTEM" SERIE DE DOCUMENTOS REPRODUCIDOS N° 36, PAG. 1

LOS BENEFICIOS QUE CONTIENE ESTE NUEVO PLAN DE SEGURIDAD EN SALUD, NO SE LIMITAN A LAPROS DE TIEMPO E INCLUYE UN AMPLIO PAQUETE DE SERVICIOS QUE SE OTORGAN EN HOSPITALES, CLÍNICAS, CONSULTORIOS Y OTROS LUGARES. REEMPLAZA, ADEMÁS, LOS CIENTOS DE PRODUCTOS DE LOS SEGUROS EN EL MERCADO. EL PAQUETE MENCIONADO CONTEMPLA: ATENCIÓN HOSPITALARIA, SERVICIOS DE EMERGENCIA, ATENCIÓN PREVENTIVA, SALUD MENTAL, SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ATENCIÓN AL EMBARAZO, SALUD EN EL HOGAR, EXTENSIÓN DE SERVICIOS PARA EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES AGUDAS, SERVICIO DE AMBULANCIAS, LABORATORIO Y REHABILITACIÓN ENTRE OTROS ASPECTOS. TODOS LOS INDIVIDUOS PAGAN LA MISMA PRIMA SIN IMPORTAR CONDICIONES DE SALUD O RACIALES. EL NUEVO PLANTEAMIENTO SE INICIA EN 1995 Y SE TERMINARÁ DE INSTRUMENTAR EN 1997.

2.2 LOS SERVICIOS DE SALUD EN CANADÁ

ESTA NACIÓN ES UNA CONFEDERACIÓN CONSTITUIDA POR UN GOBIERNO NACIONAL, DIEZ PROVINCIALES Y DOS TERRITORIALES. LAS PROVINCIAS SON: ALBERTA, COLUMBIA BRITÁNICA, MANITOBA, NUEVA BRUNSWICK, NUEVA ESCOCIA, ONTARIO, ISLA PRÍNCIPE EDUARDO, QUEBEC, SASKATCHEWAN, TERRANOVA; Y, LOS TERRITORIOS, DEL NORTE Y YUKON.

EL ESTADO COMPRENDE LOS PODERES EJECUTIVO, PARLAMENTARIO Y JUDICIAL. EL PRIMERO LO EJERCE EL PRIMER MINISTRO; EL SEGUNDO ESTÁ COMPUESTO POR EL SENADO Y LA CÁMARA DE LOS COMUNES; Y EL TERCERO, ESTÁ ENCABEZADO POR LA SUPREMA CORTE.

EL PAÍS COMPRENDE UN ÁREA DE 9976,137 KM², DE LA CUAL EL 6.1% SON LAGOS Y RÍOS, Y SE CARACTERIZA POR UNA BAJA DENSIDAD DE POBLACIÓN. EN 1982 FUE DE 2.5 HABITANTES POR KILOMETRO CUADRADO Y DE 2.6 EN 1990.

ADEMÁS, ES CONSIDERADO ENTRE EL GRUPO DE NACIONES DESARROLLADAS POR EL NIVEL DE INGRESOS, QUE CRECIÓ EN TÉRMINOS NOMINALES 33% EN EL PERÍODO 1981 - 1987, AL PASAR DE \$11,400 DÓLARES AMERICANOS (DLS.U.S.) PERCÁPITA A \$13,670 DLS.U.S.⁹.

EL SISTEMA DE SALUD DE ESTE PAÍS ES RESPONSABILIDAD DE LOS DIFERENTES NIVELES DE GOBIERNO Y EL PRINCIPIO QUE LO ORIENTA ES LA CARACTERÍSTICA DE UNIVERSALIDAD. LAS PARTICULARIDADES EN QUE SE DESARROLLA SE ANALIZAN EN LOS SIGUIENTES APARTADOS.

2.2.1 FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ (S.S.C.)

EL SISTEMA FUNCIONA A TRAVÉS DE UN SEGURO DE ATENCIÓN A LA SALUD EN TODAS LAS PROVINCIAS, CON BASE A LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL NIVEL FEDERAL. SE INICIA EN 1940, CUANDO ES INTRODUCIDO EL SEGURO PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS EN LA PROVINCIA DE SASKATCHEWAN, UBICADA AL CENTRO SUR DEL PAÍS. EN 1956 EL GOBIERNO FEDERAL EMITE LA LEY DEL SEGURO HOSPITALARIO Y SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO (HOSPITAL INSURANCE AND DIAGNOSTIC SERVICES ACT -H.I.D.S.-), CUYO OBJETIVO ERA EL ESTIMULAR LA ADOPCIÓN DEL SEGURO PARA LA SALUD EN TODAS LAS PROVINCIAS. PARA ELLO, IMPLANTÓ UN PROGRAMA EN DONDE ABSORBÍA EL 50% DEL COSTO HOSPITALARIO Y DE LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, POSTERIORMENTE EN 1959, SE CREA EL SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA MISMO QUE ESTUVO VIGENTE HASTA 1962.

CABE SEÑALAR, QUE EN 1961 EL GOBIERNO FEDERAL CREÓ UNA COMISIÓN PARA ASUNTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LA CUAL TENÍA COMO PROPÓSITO INVESTIGAR Y ANALIZAR LOS

⁹ FUENTE: ALMANAQUE MUNDIAL. AÑOS 1982 Y 1990.

REQUERIMIENTOS EN ESA MATERIA. EN 1964 DICHA COMISIÓN RECOMENDÓ LA INTEGRACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA COMO COMPLEMENTO DEL PROGRAMA DEL SEGURO HOSPITALARIO.

EN 1966 ENTRA EN VIGOR LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA, LA CUAL FACULTA AL GOBIERNO FEDERAL PARA ESTABLECER ACUERDOS CON LAS PROVINCIAS, CON BASE EN EL OTORGAMIENTO DEL 50% DE LA PARTE DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ESTA LEY CONSTA DE UN CRITERIO RECTOR CONFORMADO POR CINCO ELEMENTOS BÁSICOS, QUE PREVALECE DENTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ACTUAL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CANADÁ¹⁰, Y QUE SON LOS SIGUIENTES:

- 1) COBERTURA UNIVERSAL. EL PLAN DE SALUD ABARCA A TODOS LOS CIUDADANOS CANADIENSES.
- 2) SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PAQUETE DE ATENCIÓN. COBERTURA DE TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS, CUBIERTOS POR EL SEGURO MÉDICO Y DE SERVICIOS HOSPITALARIOS COMO LOS ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, LA ATENCIÓN EN CASA (QUE INCLUYE EL SERVICIO DE ENFERMERÍA), ATENCIÓN AMBULATORIA Y MEDICAMENTOS.
- 3) ACCESIBILIDAD. LOS PLANES DE SEGURO DE SALUD EN LAS PROVINCIAS, CONCEDEN EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA SIN BARRERAS, NO EXISTE DISCRIMINACIÓN POR LA EDAD, NIVEL DE INGRESOS Y ESTATUS DE SALUD.
- 4) ATENCIÓN TEMPORAL FUERA DEL LUGAR DE RESIDENCIA. LOS HABITANTES DEL PAÍS TIENEN DERECHO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CUANDO ESTÁN TEMPORALMENTE FUERA DE LA PROVINCIA O CAMBIAN EL DOMICILIO A OTRO LUGAR.
- 5) ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. EL PLAN DE SEGURO DEBE SER ADMINISTRADO SOBRE UNA BASE NO LUCRATIVA, POR UNA AUTORIDAD PÚBLICA DESIGNADA A TRAVÉS DEL GOBIERNO PROVINCIAL.

EN 1972 TODAS LAS PROVINCIAS HABÍAN ESTABLECIDO LOS PLANES DE SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA, LOS CUALES PROPORCIONAN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEMANDADOS. CON ELLO SE ALCANZÓ LA META NACIONAL DEL SEGURO PARA LA SALUD.

¹⁰ EMBAJADA DE CANADÁ. HEALTH CARE IN CANADA. FOLLETO, FEB. 1993

ESTE TIPO DE LEGISLACIÓN PRODUJO UN PODEROSO EFECTO EN LOS GASTOS EN SALUD DE LAS PROVINCIAS, LAS CUALES CONCENTRARON LOS GASTOS DE SALUD EN SERVICIOS CURATIVOS, CON EL FIN DE MÁXIMIZAR LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS FEDERALES. ESTA SITUACIÓN PROVOCÓ DIFICULTADES AL GOBIERNO FEDERAL EN LA PROGRAMACIÓN DEL PRESUPUESTO, POR CONSIGUIENTE, EN 1977 SE INTRODUCE UN ACUERDO ALTERNATIVO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD ENTRE EL GOBIERNO FEDERAL Y PROVINCIAL DENOMINADO ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING ARRANGEMENTS (E.P.F.). EN ESTE ACUERDO SE DETERMINÓ CAMBIAR LA FORMA DE LAS TRANSFERENCIAS DEL GOBIERNO FEDERAL PARA GASTOS HOSPITALARIOS Y DE ATENCIÓN MÉDICA, CON BASE EN EL CÁLCULO DEL GASTO PERCÁPITA, A FIN DE UNIFORMAR LOS MONTOS DE LOS RECURSOS, RACIONALIZAR PROGRAMAS PÚBLICOS, Y AL MISMO TIEMPO, CONSERVAR LOS OBJETIVOS NACIONALES EN EL ÁREA DE SALUD Y RESPETAR LA JURISDICCIÓN PROVINCIAL.

BAJO EL E.P.F, LOS APOYOS FEDERALES A LAS PROVINCIAS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD FUERON SOBRE LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS DE LOS SEGUROS HOSPITALARIO Y EL MÉDICO. ESTOS PROGRAMAS OPERAN CON BASE EN UN FONDO PERCÁPITA, QUE CONSIDERA EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SE AJUSTA DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL PNB.

EN 1984 EL PARLAMENTO APRUEBA LA LEY DE SALUD DE CANADÁ, QUE REMPLAZA A LAS LEYES DE H.I.D.S. Y DE ATENCIÓN MÉDICA, PERO MANTIENE EL MISMO CRITERIO RECTOR. ESTA LEY ESTABLECE UN MECANISMO QUE LE PERMITE AL GOBIERNO FEDERAL HACER CUMPLIR EL CRITERIO RECTOR A TRAVÉS DEL CONTROL DE LAS TRANSFERENCIAS; COBRAR MULTAS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS; Y, REDUCIR SOBRE LA BASE "DÓLAR X DÓLAR" LAS TRANSFERENCIAS, PARA EVITAR QUE LAS PROVINCIAS PERMITAN EL COBRO DE HONORARIOS A LOS PACIENTES. CON ELLO SE MEJORA LA ACCESIBILIDAD, ESPECIALMENTE PARA LA GENTE DE BAJOS INGRESOS.

LOS SERVICIOS EN EL S.S.C. SE OTORGAN DE MANERA MIXTA TANTO PÚBLICA COMO PRIVADA. SIN EMBARGO, PREDOMINAN LOS HONORARIOS POR SERVICIO MÉDICO PRIVADO. LOS MÉDICOS GENERALES SON LA ENTRADA AL SISTEMA, EL PUNTO INICIAL DE CONTACTO CON EL S.S.C., LOS CUALES CONTROLAN LAS REFERENCIAS HACIA LOS ESPECIALISTAS Y LAS ADMISIONES HOSPITALARIAS. LA MAYOR PARTE DE ESTOS PROFESIONISTAS TRABAJAN COMO MÉDICOS INDEPENDIENTES, Y SON REMUNERADOS POR LOS GOBIERNOS PROVINCIALES SOBRE LA BASE DE PAGO DE HONORARIOS POR SERVICIO, BAJO LOS PLANES DEL SEGURO DE SALUD EN LA PROVINCIA. LOS INCREMENTOS EN LOS HONORARIOS SON NEGOCIADOS PERIÓDICAMENTE ENTRE LOS GOBIERNOS PROVINCIALES Y LAS ASOCIACIONES MÉDICAS. ADEMÁS, SE ACUERDA EN FORMA CONJUNTA LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD.

LOS HOSPITALES, EN LA GRAN MAYORÍA SON NO LUCRATIVOS. LAS OPERACIONES SON DIRIGIDAS POR LA JUNTA DEL CONSEJO DE LA COMUNIDAD MISMOS QUE EN UN ALTA PROPORCIÓN SON DE ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS, DE AUTORIDADES MUNICIPALES O PROVINCIALES Y EN FORMA MÍNIMA POR GRUPOS RELIGIOSOS Y PRIVADOS. EL ROL DEL GOBIERNO FEDERAL EN EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD ES LIMITADO A GRUPOS ESPECÍFICOS COMO INDÍGENAS, MILITARES, PRESOS EN LAS PENITENCIARIAS FEDERALES Y LA POLICÍA MONTADA.

LOS GOBIERNOS PROVINCIALES TIENEN LA OBLIGACIÓN DE EJERCER EL CONTROL SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS. EN LOS OCHENTAS, SE INTRODUJO LA PLANIFICACIÓN POR REGIONES CON EL PROPÓSITO DE ELIMINAR Y RACIONAR RECURSOS.

2.2.2 PRINCIPALES RECURSOS

EN EL PERÍODO 1975 - 1988 EL NÚMERO DE MÉDICOS AUMENTÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL DE 3.0%, MAYOR QUE LA DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. ESTA DINÁMICA PROPICIÓ QUE PARA EL ÚLTIMO AÑO EXISTIERAN 2.2 MÉDICOS POR 1000 HABITANTES. DEL TOTAL DE MÉDICOS, APROXIMADAMENTE DE CADA CINCO DE ESTOS PROFESIONISTAS, DOS SON GENERALES E IGUAL NÚMERO ESPECIALISTAS (VER CUADRO 21). UN PROBLEMA CON EL QUE SE ENFRENTA EL PAÍS ES EL REFERENTE A LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y FUNCIONAL DE MÉDICOS. PARA ELLO, EL GOBIERNO FEDERAL Y LAS ASOCIACIONES DE PROFESIONALES, EN MUCHAS PROVINCIAS HAN ESTABLECIDO PROGRAMAS DE INCENTIVOS PARA ANIMAR A LOS MÉDICOS A PERMANECER EN REGIONES NO URBANIZADAS; APOYAN A LOS ASPIRANTES AL PRIMER GRADO ACADÉMICO Y A LOS POSGRADUADOS PARA QUE RECIBAN UN INGRESO GARANTIZADO, Y, OFRECEN SUBVENCIONES POR LUGAR DE DESTINO Y ADIESTRAMIENTO EN EL EMPLEO EN LAS ZONAS RURALES. POR LO QUE RESPECTA A LAS ENFERMERAS, ÉSTAS REPRESENTAN ALREDEDOR DE DOS TERCIOS DEL PERSONAL

CUADRO 21
NÚMERO DE MÉDICOS Y PERSONAS POR MÉDICO
1975 - 1988

CONCEPTO	1975	1988
TOTAL DE MÉDICOS	39,104	57,405
MÉDICOS GENERALES	16,379	26,079
ESPECIALISTAS	16,182	23,627
INTERNOS Y RESIDENTES	6,543	7,699
MÉDICO POR 1000 HAB.	1.7	2.2

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN EL
DIRECTORIO DE HOSPITALES DE CANADÁ, 1992

DE SALUD. EN 1987 HABÍA 241,759 ENFERMERAS REGISTRADAS¹¹

EN EL PERIODO 1980 - 1989 EL INDICADOR CAMA POR 1000 HABITANTES SE REDUJO DE 5.4 A 5.0 CAMAS. SIN EMBARGO, EL PORCENTAJE DE OCUPACIÓN MOSTRÓ UNA TENDENCIA AL INCREMENTO DE MANERA IRREGULAR, AL MODIFICARSE DE 80.4% A 82.7% EN LOS AÑOS INICIAL Y FINAL (VER CUADRO 22).

CUADRO 22
CAMA POR 1000 HABITANTES Y
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN EN
HOSPITALES

AÑO	CAMA POR 1000 HABS.	PORCENTAJE OCUPACIÓN
1980	5.4	80.4
1981	5.4	81.0
1982	5.0	82.0
1983	5.0	82.0
1984	5.0	83.0
1985	5.0	83.0
1986	5.0	84.0
1987	5.2	83.2
1988	5.0	82.7
1989	5.0	

POR SU PARTE, EN EL BIENIO 1981 - 1982 FUERON DADOS DE ALTA 14,621 PERSONAS, EN TANTO QUE PARA 1989 - 1990 ESTA CIFRA DISMINUYÓ A 14,109. DEL TOTAL DE EGRESOS, EN EL PRIMER BIENIO 50.0% FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE, Y EN EL SEGUNDO SÓLO 48.2 POR CIENTO. EN PARALELO, SE PRESENTÓ UNA REDUCCIÓN EN LOS DÍAS DE ATENCIÓN, Y POR CONSIGUIENTE, EN EL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA AL PASAR DE 12.3 A 11.4 DÍAS (VER CUADRO 23).

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE
EN DATOS DEL ANUARIO CANADIENSE,
1994

CUADRO 23
UTILIZACIÓN HOSPITALARIA (TASA X 100,000 HABS).

AÑO	DADOS	DADOS DE A.	DÍAS DE	PROM. DE
	DE ALTA	FOR PROC Q.	ATENCIÓN	DÍAS- ESTANCIA
1981-1982	14,621	7,317	179,750	12.3
1983-1984	14,559	7,323	164,020	11.3
1985-1986	14,708	7,285	170,037	11.7
1987-1988	14,423	7,159	170,984	11.9
1989-1990	14,109	6,807	141,371	11.4

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE
EN DATOS DEL ANUARIO CANADIENSE,
1994

¹¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LAS CONDICIONES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. EDICIÓN 1990. V. II. PAG. 88

EN 1988 EXISTÍAN 1,244 HOSPITALES CON UNA CAPACIDAD DE 176,393 CAMAS. DEL TOTAL DE CAMAS DISPONIBLES 96.6% SE CONCENTRARON EN NOSOCOMIOS PÚBLICOS, 1.9% EN PRIVADOS Y 1.5% EN FEDERALES. DESTACA QUE EL MAYOR NÚMERO DE UNIDADES HOSPITALARIAS, Y POR CONSIGUIENTE DE CAMAS, CORRESPONDE A HOSPITALES GENERALES PÚBLICOS (VER CUADRO 24).

CUADRO 24
HOSPITALES CLASIFICADOS POR TIPO, Y NÚMERO DE CAMAS
1988

TIPO	NÚMERO	CAMAS
TOTAL DE HOSPITALES	1,244	176,393
HOSPITALES PÚBLICOS	1,096	170,366
GENERALES	841	128,289
NO DOCENTES	787	92,613
DOCENTES	54	35,675
ESPECIALIZADOS	35	5,688
REHABILITACIÓN	21	2,721
DE LARGA ESTANCIA (PARA AFECCIONES CRÓNICAS)	116	20,093
SIQUIÁTRICOS	22	13,403
PUESTOS DE ENFERMERAS	61	203
PRIVADOS	55	3,418
GENERALES	3	234
REHAB. DE LARGA ESTANCIA	45	2,722
SIQUIÁTRICOS	3	342
OTROS	4	120
FEDERALES	93	1,609
GENERALES	3	234
SIQUIÁTRICOS	3	344
PUESTOS DE ENFERMERAS	75	454
OTROS	12	1,577

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL DIRECTORIO DE HOSPITALES DE CANADÁ, 1992

DURANTE 1988 - 1990, LOS HOSPITALES PÚBLICOS DISMINUYERON EN 3.8% PARA ALCANZAR 1,054 UNIDADES. DEL TOTAL DE ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS, EL MAYOR NÚMERO DE INSTALACIONES TIENE UNA CAPACIDAD ENTRE UNA Y 99 CAMAS. UN ASPECTO SOBRESALIENTE ES QUE CONFORME AUMENTAN LOS RANGOS DE CAMAS DISPONIBLES, EL PORCENTAJE DE OCUPACIÓN ES MÁS ALTO, MISMO QUE CORRESPONDE A NOSOCOMIOS CON MÁS DE 300 CAMAS (VER CUADRO 25).

CUADRO 25
 HOSPITALES PÚBLICOS CLASIFICADOS POR TIPO, TAMAÑO
 Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
 1989 - 1990

TIPO	NÚMERO	% OCUPACIÓN
GENERALES SIN ENSEÑANZA		
S/UNIDADES DE ATENC. PROLONGADA		
CAMAS:		
1 _ 24	152	60.5
25 _ 49	110	58.2
50 _ 99	53	65.4
100 _ 199	38	65.4
200 _ 299	20	78.1
300 Y MAS	13	79.7
SUBTOTAL	386	70.4
GENERALES SIN ENSEÑANZA		
C/UNIDADES DE ATENC. PROLONGADA		
CAMAS:		
1 _ 49	100	67.4
50 _ 99	100	75.2
100 _ 199	74	80.0
200 _ 299	43	82.3
300 Y MAS	76	84.3
SUBTOTAL	393	81.6
TOTAL SIN ENSEÑANZA	779	78.5
CON ENSEÑANZA	61	79.2
TOTAL GENERAL	840	78.8
PEDIÁTRICOS	8	62.3
OTRAS ESPECIALIDADES	206	91.7
T O T A L	1,054	80.4
FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL DIRECTORIO DE HOSPITALES DE CANADÁ. 1992		

2.2.3 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS

DURANTE 1980 - 1990, EL GASTO TOTAL EN SALUD A PRECIOS CONSTANTES CRECIÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL DEL 5.3%, CINCO VECES MAYOR QUE EL REGISTRADO EN LA POBLACIÓN. LOS AÑOS QUE MAYOR INCREMENTO OBSERVARON CON RESPECTO AL PRECEDENTE FUERON 1982 Y 1986 CON 7.6% Y 7.0% RESPECTIVAMENTE. EN CONSECUENCIA, LA PROPORCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN TÉRMINOS REALES CON REFERENCIA AL PIB, SE INCREMENTÓ 7.3% A 9.4% EN LA DÉCADA DE LOS OCHIENTAS. EN PARALELO, EL GASTO EN SALUD PERCÁPITA AUMENTÓ DE 1,300 DÓLARES

CANADIENSES (DLS. CAN.) A 2,000 DLS.CAN. EN LOS EXTREMOS DEL PERIODO ANALIZADO (VER CUADRO 26).

EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD PROVIENE PRINCIPALMENTE DE RECURSOS GUBERNAMENTALES.

CUADRO 26
TOTAL DE GASTOS EN SALUD EN CANADÁ 1/

AÑO	M. DE MILLONES DLS. CAN.		INCREMENTO % POR AÑO		% PIB	PERCÁPITA M. DE DLS. CAN.	
	CORRIENTE	CONSTANTE	CORRIENTE	CONSTANTE		CORRIENTE	CONSTANTE
1980	22.7	31.1	-	-	7.3	1.0	1.3
1981	26.6	32.9	17.2	5.9	7.5	1.1	1.4
1982	31.1	35.4	16.9	7.6	8.3	1.3	1.4
1983	34.5	37.4	10.9	5.7	8.5	1.4	1.5
1984	37.3	39.2	8.1	4.8	8.4	1.5	1.6
1985	40.4	41.4	8.3	5.6	8.5	1.6	1.7
1986	44.3	44.3	9.7	7.0	8.8	1.7	1.7
1987	47.9	45.8	8.1	3.4	8.7	1.9	1.8
1988	52.0	47.4	8.6	3.5	8.9	2.0	1.8
1989	56.4	49.1	8.5	3.6	9.2	2.1	1.9
1990	61.7	52.2	9.4	6.3	9.4	2.3	2.0

1/ LOS GASTOS EN SALUD INCLUYEN TODAS LAS INSTITUCIONES, SERVICIOS PROFESIONALES, MEDICAMENTOS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y OTROS.

LOS DÓLARES CONSTANTES, 1986=100

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL DIRECTORIO DE HOSPITALES DE CANADÁ, 1992

EN 1980 EL GOBIERNO FEDERAL CONTRIBUYÓ CON 32.9%, EL GOBIERNO PROVINCIAL 39.4% Y EL SECTOR PRIVADO 25.2 POR CIENTO. PARA 1991 LA PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS GASTOS EN SALUD FUE SE MODIFICÓ PARA ALCANZAR 24.3%, 46.0% Y 27.7% RESPECTIVAMENTE (VER CUADRO 27).

CUADRO 27
GASTOS TOTALES EN SALUD PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN

CONCEPTO	1980	1985	1987	1988	1989	1990	1991
GASTOS TOTALES EN SALUD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	74.8	74.7	73.3	73.0	72.9	72.2	72.3
FEDERAL	32.9	30.6	29.0	28.2	27.3	25.8	24.3
FEDERAL (DIRECTO)	2.6	2.9	2.7	2.7	2.4	2.2	2.0
TRANSFERENCIAS A PROV.	30.3	27.7	26.3	25.5	24.9	23.6	22.3
PROVINCIAL	39.4	42.0	42.1	42.8	43.7	44.5	46.0
MUNICIPAL	1.6	1.1	1.4	1.2	1.1	1.1	1.1
COMPENSACIÓN A TRAB.	0.3	1.0	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9
GASTOS PRIVADOS	25.2	25.3	26.7	27.0	27.1	27.8	27.7

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DE LA C.M.S. HEALTH EXPENDITURES IN CANADA. DOCUMENTO REPRODUCIDO, 1993.

EL GASTO EN SALUD DE LOS GOBIERNOS FEDERAL, PROVINCIAL Y MUNICIPAL PASÓ DE 16,967 A 44,773 DLS.CAN. ENTRE 1980 Y 1990, LO QUE SIGNIFICA UN CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE 10.2%. SIN EMBARGO, EL PRESUPUESTO EJERCIDO POR ESTOS ÓRGANOS COMO PROPORCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD DISMINUYÓ DE 74.7% A 72.5 POR CIENTO. PERO AL MISMO TIEMPO, LOS RECURSOS EROGADOS POR HABITANTE SE INCREMENTARON DE 705 A 1,603 DLS.CAN (VER CUADRO 28).

CUADRO 28
GASTOS EN SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL, PROVINCIAL Y MUNICIPAL.

AÑO	GASTOS MILLONES DE DLS.	INCREMENTO % ANUAL	PERCÁPITA DLS.	% DEL TOT NAL GTOS EN SALUD
1980	16,967	12.6	705	74.7
1981	20,139	18.7	827	75.6
1986	32,948	9.2	1,299	74.1
1987	35,567	7.9	1,387	74.2
1988	38,322	7.7	1,473	73.7
1989	41,249	7.6	1,572	73.1
1990	44,773	8.5	1,603	72.5

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL ANUARIO CANADIENSE, 1994.

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN CANADÁ SE OFRECE A TODOS LOS CIUDADANOS, SIN IMPORTAR LA EDAD, NIVEL DE INGRESO, ESTATUS SOCIOECONÓMICO. LA POBLACIÓN TIENE ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS A TRAVÉS DEL PAGO DE PRIMAS. ESTAS ÚLTIMAS FINANCIAN MÁS DE UNA TERCERA PARTE DE LOS COSTOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PROVINCIAL Y EL REMANENTE DEL COSTO ES A TRAVÉS DE LOS IMPUESTOS, ENTRE LOS CUALES SE INCLUYE EL LLAMADO IMPUESTO DE SALUD AL EMPRESARIO, EMPLOYER HEALTH TAX (E.H.T.), QUE ES APLICADO SOBRE LA BASE DE UN PORCENTAJE DE LA NÓMINA, CON UN RANGO DE 0.98% A 1.95 POR CIENTO.

2.2.4 DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EN 1980 LA POBLACIÓN DE CANADÁ ASCENDIÓ A 24.1 MILLONES DE HABITANTES Y EN 1990 A 26.6 MILLONES, LO QUE REPRESENTÓ UN RITMO DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO ANUAL DEL 1.0% (VER CUADRO 29).

ESTIMACION DE LA POBLACION
MILES

AÑO	POBLACION
1980	24,070
1981	24,362
1982	24,604
1983	24,803
1984	24,995
1985	25,181
1986	25,373
1987	25,644
1988	25,937
1989	26,273
1990	26,639

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON
BASE EN DATOS DEL DIRECTORIO
DE HOSPITALES DE CANADÁ, 1992

EN 1981 LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE LOS HOMBRES FUE DE 71.9 AÑOS Y LA DE LAS MUJERES DE 79.0 AÑOS. PARA 1986, ESTE INDICADOR SE INCREMENTO A 73.0 Y 79.7 AÑOS RESPECTIVAMENTE (VER CUADRO 30), NÚMEROS QUE LAS UBICAN ENTRE LAS MAS ALTAS DEL MUNDO. LA CONTINUA REDUCCIÓN DE LAS TASAS DE DEFUNCIÓN HA DADO COMO RESULTADO UNA MAYOR LONGEVIDAD. SOBRE EL PARTICULAR DESTACA, EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL, CUYAS TASAS DISMINUYERON CERCA DE 78% ENTRE 1981 Y 1986; PARA 1990 FUE DE 6.8 DECESOS POR 1,000 NIÑOS NACIDOS VIVOS (VER CUADRO 31). ESTA DISMINUCIÓN SE DEBE A FACTORES TALES COMO MEJORAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DEL PARTO, DEL NIVEL DE NUTRICIÓN Y LAS CONDICIONES DE VIDA.

CUADRO 30

ESPERANZA DE VIDA

AÑO	ESPERANZA AL NACER
HOMBRES	
1981	71.9
1986	73.0
MUJERES	
1981	79.0
1986	79.7

FUENTE: CUADRO ELABORADO
CON BASE EN DATOS DEL
ANUARIO CANADIENSE, 1994

CUADRO 31

TASAS DE MORTALIDAD
INFANTIL X 1000 NAC. VIVOS

AÑO	TASA
1981	9.6
1986	7.9
1987	7.3
1988	7.2
1989	7.1
1990	6.8

FUENTE: CUADRO ELABORADO
CON BASE EN DATOS DEL
ANUARIO CANADIENSE, 1994

LAS TASAS GENERALES DE MORTALIDAD HAN MOSTRADO UNA TENDENCIA PRONUNCIADA A LA BAJA DESDE COMIENZOS DEL SIGLO XX, AL INTRODUCIRSE UN PLAN PÚBLICO DEL SEGURO DE SERVICIOS DE SALUD. EN ALGUNOS CAMPOS LAS REDUCCIONES FUERON SIGNIFICATIVAS. MIENTRAS QUE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO LA TUBERCULOSIS, EN 1921 REPRESENTABAN EL 15% DEL TOTAL DE MUERTES, EN 1985 PASARON A CONSTITUIR MENOS DEL 1 POR CIENTO. POR OTRA PARTE, EN 1921 LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y CÁNCER, PESE A ESTAR ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN AL IGUAL QUE HOY, REPRESENTABAN SÓLO 16% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES; YA PARA 1985, ESA CIFRA HABÍA AUMENTADO A 58% DEL TOTAL. TAMBIÉN EN ESE AÑO LOS ACCIDENTES FUERON UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN PERSONAS MENORES DE 45 AÑOS.

EL MAYOR PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE LAS TASAS DE DEFUNCIÓN POR LAS PRINCIPALES CAUSAS ENTRE 1975-1985 CORRESPONDIÓ A LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES CON 40%, SEGUIDAS DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, EN CUYO CASO LA RELACIÓN DESCENDIÓ MÁS DE 20%. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, EN 1990 LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO CONTINÚAN EN EL PRIMER LUGAR DE LOS DECESOS (VER CUADRO 32).

CUADRO 32
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 1990

CAUSA	NUMERO	TASA POR 100,000 HABBS.
SISTEMA CIRCULATORIO	296.3	269.0
CÁNCER	220.3	174.8
ENF. RESPIRATORIAS	71.4	51.3
ACCIDENTES	69.2	29.6
SIST. DIGESTIVO	28.2	24.5
ENDOCRINO	19.3	21.8
SIST. NERVIOSO	17.4	19.1
OTRAS CAUSAS	71.2	62.7
T O T A L	793.3	652.8

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN
DATOS DEL ANUARIO CANADIENSE, 1994

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN HOY EN DÍA, APARTE DE LOS QUE OCASIONAN LA MUERTE, INCLUYEN ARTRITIS Y REUMATISMO, AFECCIONES DE LA ESPALDA, LAS EXTREMIDADES Y LAS ARTICULACIONES, ASÍ COMO TRASTORNOS MENTALES.

2.2.5 INNOVACIONES Y VENTAJAS DEL S.S.C.

EL SISTEMA ES DINÁMICO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y HA EVOLUCIONADO SOBRE TODO EN LAS ÁREAS DE EFICIENCIA, FINANCIAMIENTO Y EN LAS POLÍTICAS. ALGUNOS EJEMPLOS SON:

- LA ELIMINACIÓN DEL PAGO EXTRA EN EL OTORGAMIENTO DEL SERVICIO.
- LA IMPOSICIÓN GENERAL DE ESTRUCTOS PRESUPUESTOS GLOBALES HOSPITALARIOS, QUE OBLIGAN A LOS GOBIERNOS PROVINCIALES A BUSCAR LA EFICIENCIA EN LA OPERACIÓN.
- A MEDIADOS DE LOS OCHENTAS, YA ESTABLECIDO EL PRESUPUESTO GLOBAL, SE HICIERON ALGUNOS CAMBIOS EN EL FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO CON EL FIN DE INCREMENTAR LA OPERACIÓN EN FORMA EFICIENTE COMO EL PERMITIR A LOS HOSPITALES TRASLADAR EL SUPERÁVIT DEL PRESUPUESTO DEL AÑO FISCAL ANTERIOR AL SIGUIENTE.
- EN EL ÁREA DE SERVICIOS ASEGURADOS, CON LA MODALIDAD DE LAS TRANSFERENCIAS DE ACUERDO A FONDOS PERCÁPITA, LAS PROVINCIAS TUVIERON FLEXIBILIDAD DE DIRIGIR LOS GASTOS A OTRAS ÁREAS APARTE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, EN RESPUESTA A DEMANDAS DE LA POBLACIÓN. LAS PROVINCIAS INCREMENTARON LA COBERTURA A TRAVÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE MÁS BENEFICIOS, EN LOS QUE SE INCLUYEN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DENTAL Y EXÁMENES DE LA VISTA ENTRE OTROS. EN PARALELO, SE ELIMINARON LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS Y PARA CAMBIO DE SEXO.

POR OTRA PARTE, EN LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LOS OCHENTAS, SE DESARROLLARON ALGUNAS ALTERNATIVAS, COMO SON:

- EL HOSPITAL EXTRAMUROS, TAMBIÉN CONOCIDO COMO HOSPITAL EN CASA O HOSPITAL SIN PAREDES, PARA PADECIMIENTOS QUE NO REQUIEREN UNA ATENCIÓN COMPLEJA O PARA UNA REHABILITACIÓN SENCILLA. ESTE TIPO DE ATENCIÓN ES UNA MODALIDAD RECONOCIDA LEGALMENTE SEGÚN LA LEY DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LAS PROVINCIAS. ES AUTORIZADA POR LA JUNTA PROVINCIAL DE LA MISMA MANERA QUE LOS HOSPITALES TRADICIONALES. LOS PACIENTES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA PUEDEN RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS, DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN EN EL DOMICILIO QUE HABITAN Y TIENEN ACCESO AL EQUIPO HOSPITALARIO CUANDO SEA NECESARIO. LA VENTAJA QUE OFRECE ESTE TIPO DE ATENCIÓN ES EL AHORRO EN COSTOS AL ELIMINAR EL USO DE INFRAESTRUCTURA Y GASTOS POR LA OPERACIÓN DE LA PLANTA Y MANTENIMIENTO, EL CONTROL DE COSTOS POR LA REDUCCIÓN DE

CAMAS HOSPITALARIAS EN OPERACIÓN, Y EL UTILIZAR LA CAPACIDAD DEL HOSPITAL EN FORMA MÁS RACIONAL.

- EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN EN CLÍNICAS DE SALUD COMO APOYO AL QUE SE BRINDA EN LOS HOSPITALES, Y QUE COMPRENDE LA CONSULTA MÉDICA Y OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD. LA LEY, ESTABLECE LA PROVISIÓN DE FONDOS DEL GOBIERNO PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS EN LAS CLÍNICAS; POR LO TANTO ES CONSISTENTE CON LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y ASEGURA EL ESTÁNDAR Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

POR OTRA PARTE, SE ESTIMULÓ EL DESARROLLO DE INNOVACIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD. EL GOBIERNO FEDERAL Y LAS PROVINCIAS EMITIERON INICIATIVAS PARA IMPULSAR NUEVAS ALTERNATIVAS. EL GOBIERNO FEDERAL INCREMENTÓ LOS FONDOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN ESTA ÁREA A TRAVÉS DEL PROGRAMA NACIONAL DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD, THE NATIONAL HEALTH RESEARCH DEVELOPMENT PROGRAM (N.H.R.D.P.).

EN LO QUE RESPECTA A LA EFICIENCIA DEL SISTEMA, POR UN LADO, SE LLEVÓ A CABO LA ADECUACIÓN DE LA LEY DE REGULACIÓN DE PROFESIONES EN SALUD, CON EL OBJETIVO DE ASEGURAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, POR OTRO, SE MEJORARON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (M.I.S.).

OTRO ELEMENTO IMPORTANTE FUE LA ORIENTACIÓN QUE SE LE DIO AL SISTEMA, TODA VEZ QUE PASÓ DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. ESTE ASPECTO SE CONVIRTIÓ EN EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LA POLÍTICA DE SALUD EN TODO EL PAÍS. EL CAMBIO DE ORIENTACIÓN SE DEBIÓ A LA RECESIÓN ECONÓMICA, CON LA CONVENIENTE OBLIGACIÓN DE CONTROLAR LOS COSTOS PARA CONTENER LAS TASAS DE CRECIMIENTO EN LOS GASTOS DE ATENCIÓN EN SALUD.

EL SECTOR PÚBLICO EN 1987 APORTO APROXIMADAMENTE EL 74% DE LOS GASTOS EN SALUD, QUE COMPARADO CON EL 76% PROMEDIO DE LOS PAÍSES QUE PERTENECEN A LA ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN DE DESARROLLO ECONÓMICO (O.C.D.E.), EL RESULTADO ES FAVORABLE.

POR OTRA PARTE, LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS, QUE SON UN FACTOR IMPORTANTE SOBRE EL CUAL SE PUEDE INFLUIR PARA REDUCIR COSTOS, EN CANADÁ SE SITUÓ EN RANGOS CERCANOS AL 8% Y 11% DEL TOTAL.

EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE DECIR QUE EL GOBIERNO CANADIENSE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EFECTUÓ CAMBIOS TENDIENTES A MEJORAR LA EFICACIA DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD. EL

INDICADOR MÁS IMPORTANTE DEL ÉXITO ES LA ALTA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE SE MANIFIESTA, DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS NACIONES UNIDAS, EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER QUE ALCANZÓ 77.0 AÑOS PARA 1990, UNA DE LAS MÁS ELEVADAS ENTRE LOS PAÍSES INDUSTRIALIZADOS, Y LA MORTALIDAD INFANTIL QUE EN 1988 SE ESTIMÓ EN UNA TASA DE 7 POR 1,000 NACIDOS VIVOS. POR OTRA PARTE, EL SISTEMA ES CONSIDERADO COMO EL NÚMERO UNO POR EL CATÁLOGO DE DESARROLLO HUMANO DE LAS NACIONES UNIDAS Y POR EL FORO ECONÓMICO MUNDIAL.¹²

¹²OCDE. HEALTH CARE REFORM PROJECT NATIONAL PAPER CANADA. MINISTERS OF HEALTH AND FINANCE MEETING. JUN, 1992. PAG 32-34

3. EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

EN EL PAÍS EL ALTO CONTENIDO SOCIAL DE LA POLÍTICA EN SALUD HA PROPICIAO QUE EL MERCADO DE LOS SERVICIOS PRÁCTICAMENTE SE ENCUENTRE DOMINADO POR LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD. EL SUSTENTO DE ESTA AFIRMACIÓN SE ENCUENTRA EN EL IMPULSO QUE SE HA DADO A LA CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD EN EL QUE PARTICIPEN EL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO Y SOCIAL, CON CARACTERÍSTICAS DE UNIVERSALIDAD.

EXISTEN ADEMÁS, OTRAS FUERZAS QUE CONFORMAN EL MERCADO Y DELINEAN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, COMO SON LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS MISMOS. EN CONSECUENCIA, EL ANÁLISIS DE ESTAS VARIABLES PERMITIRÁ ESCLARECER LOS ANTECEDENTES Y TENDENCIAS, NO SIN ANTES RESALTAR QUE EN MÉXICO SE PRESENTAN "DEFICIENCIAS DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DISPONIBLE...", DERIVADAS DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE CAPTACIÓN DE LAS MISMAS...¹. POR OTRA PARTE, NO SE CUENTA CON INFORMACIÓN SISTEMATIZADA QUE DIMENSIONE CON EXACTITUD LA PARTICIPACIÓN DE LA INICIATIVA PRIVADA EN EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. POR LO TANTO EL ANÁLISIS QUE SE EFECTÚA A CONTINUACIÓN ESTÁ CENTRADO EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICA DE SALUD, DESGLOSADO EN LOS PUNTOS SIGUIENTES.

3.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EN EL PAÍS DURANTE EL AÑO DE 1982 SE PRESENTA UN CAMBIO FUNDAMENTAL EN LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD, COMO RESULTADO DE LAS MODIFICACIONES AL ARTÍCULO 4º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN DONDE SE CONSAGRA EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO GARANTÍA SOCIAL. EN 1983, SE PROMULGA LA LEY GENERAL DE SALUD, QUE DEFINE LOS CAMPOS DE LA SALUBRIDAD GENERAL Y QUE SON: ATENCIÓN MÉDICA, SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. ADEMÁS, ESTA LEY REDISTRIBUYE LA COMPETENCIA SANITARIA ENTRE FEDERACIÓN Y ENTIDADES FEDERATIVAS ESTATALES, PRECISA LA NATURALEZA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y LOS MECANISMOS QUE DEBERÁ UTILIZAR EL ESTADO PARA ESTABLECER LAS CONDICIONES QUE ASEGUREN EL RESPECTIVO CUMPLIMIENTO.

EN CONSECUENCIA, LOS SERVICIOS DE SALUD SE CLASIFICAN EN LOS QUE CORRESPONDEN A LA ATENCIÓN MÉDICA, SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. LOS DE ATENCIÓN MÉDICA COMPRENDEN EL CONJUNTO DE SERVICIOS QUE SE PROPORCIONA AL INDIVIDUO PARA PROTEGER, PROMOVER Y RESTAURAR LA SALUD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS, CURATIVAS Y DE REHABILITACIÓN. LAS PRIMERAS ESTÁN REFERIDAS A LA PROMOCIÓN GENERAL DE MEDIDAS Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA CONTRA RIESGOS; LAS CURATIVAS, AL DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD Y EL

¹ GONZÁLEZ CARBALAL ELEUTERIO. DIAGNÓSTICO DE SALUD EN MÉXICO. (MÉXICO, EDTE. TRILLAS, 1990), PAG. 10

TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE: Y, LAS DE REHABILITACIÓN, A PREVENIR, LIMITAR Y CORREGIR INVALIDEDECES FÍSICAS Y MENTALES.

CONFORME A LOS PRESTADORES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS, LA ATENCIÓN MÉDICA SE OTORGA A LA POBLACIÓN BAJO TRES MODALIDADES:

- LA QUE SE BRINDA A LA POBLACIÓN EN GENERAL Y ABIERTA, ES DECIR, A LOS GRUPOS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN FORMAL DE TRABAJO, Y QUE SE RIGEN POR CRITERIOS DE UNIVERSALIDAD Y GRATUIDAD DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DEL USUARIO. LAS INSTITUCIONES QUE LA PROPORCIONAN SON LA SECRETARÍA DE SALUD (S.S.A.), EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL Y LOS SERVICIOS LOCALES A CARGO DE LOS GOBIERNOS ESTATALES Y ALGUNAS UNIVERSIDADES.
- EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, CUBRE A LOS TRABAJADORES CON UNA RELACIÓN FORMAL DE TRABAJO, QUE EN CONTRAPARTIDA APORTAN CUOTAS DE ACUERDO AL SALARIO QUE PERCIBEN. BAJO ESTE ESQUEMA, SE ENCUENTRA LA PROTECCIÓN MÉDICA QUE BRINDAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (I.M.S.S), EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (I.S.S.S.T.E.), EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (I.S.S.F.A.M.) Y LOS INSTITUTOS DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS, ASÍ COMO LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA SECRETARÍA DE MARINA Y PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX).
- LOS PRIVADOS QUE SE OTORGAN A PERSONAS FÍSICAS O MORALES BAJO CONTRATO, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SEGUROS INDIVIDUALES O COLECTIVOS Y EL PAGO DE HONORARIOS.

EN TÉRMINOS FUNCIONALES LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SE DIVIDEN EN TRES NIVELES DE ATENCIÓN, PARTICULARMENTE LOS QUE PROPORCIONAN ENTIDADES PÚBLICAS. EL PRIMER NIVEL TIENE COMO PROPÓSITO FUNDAMENTAL PRESERVAR Y CONSERVAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO BÁSICO, PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ASÍ COMO EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE PADECIMIENTOS FRECUENTES CUYA SOLUCIÓN ES POSIBLE A TRAVÉS DE UNA ATENCIÓN BASADA EN UNA COMBINACIÓN DE RECURSOS DE POCA COMPLEJIDAD TÉCNICA. LOS SERVICIOS EN ESTE NIVEL INCLUYEN: VACUNACIÓN, EDUCACIÓN PARA LA SALUD, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A MENORES DE CUATRO AÑOS, MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERÍODO DE LACTANCIA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PROMOCIÓN DEL SANEAMIENTO, CONSULTA EXTERNA GENERAL, ODONTOLOGÍA BÁSICA Y ATENCIÓN DE PARTOS EUTÓCICOS. COMPRENDE ADEMÁS, LA

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL Y LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y SOCIOECONÓMICAS. CABE SEÑALAR QUE EL PRIMER NIVEL REPRESENTA LA ENTRADA AL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA.

EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN TIENE COMO FINALIDAD BÁSICA LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD, POR MEDIO DEL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS A PACIENTES DERIVADOS DEL PRIMER NIVEL O A AQUELLOS QUE ESPONTÁNEAMENTE SE PRESENTAN CON URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS CUYA RESOLUCIÓN DEMANDA LA COMBINACIÓN DE TÉCNICAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD, TANTO EN EL DIAGNÓSTICO COMO EN EL TRATAMIENTO. LOS SERVICIOS CONSIDERADOS EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN SON: CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN EN LAS ESPECIALIDADES DE GINECO-OBSTETRICIA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA GENERAL. ASIMISMO, CONTEMPLA LA ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA, ASÍ COMO LA ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL, Y LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA Y SOCIAL.

EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ESTÁ ORIENTADO A LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD DE PACIENTES REFERIDOS POR LOS NIVELES ANTES MENCIONADOS, Y PROPORCIONA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y REHABILITACIÓN EN CASOS DE PADECIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. TAMBIÉN INCLUYE LA ENSEÑANZA Y LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y BÁSICA.

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA COMPRENDEN ACCIONES ORIENTADAS A LA COLECTIVIDAD QUE REBASAN EL CARÁCTER INDIVIDUAL, CON EL PROPÓSITO DE PROMOVER, PROTEGER, FOMENTAR Y RESTABLECER LA SALUD DE LA COMUNIDAD. ENTRE ELLAS SE ENCUENTRAN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE BIENES Y SERVICIOS, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD, NUTRICIÓN, SANEAMIENTO BÁSICO, PREVENCIÓN Y MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE. DICHAS ACCIONES NO SON EL RESULTADO DE LA DEMANDA INDIVIDUAL DE SERVICIOS, SINO EL RECONOCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO DE PROTEGER A LA POBLACIÓN CONTRA FACTORES DE DIVERSO ORDEN. POR LA NATURALEZA DE LOS RIESGOS COLECTIVOS, EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS CONCURREN EN MAYOR PROPORCIÓN LOS SECTORES PÚBLICO, SOCIAL Y PRIVADO, ASÍ COMO LA POBLACIÓN EN GENERAL. CORRESPONDE A LA SECRETARÍA DE SALUD LA COORDINACIÓN DE ACCIONES EN ESTA MATERIA CON LA PARTICIPACIÓN DE OTRAS DEPENDENCIAS PÚBLICAS Y GOBIERNOS LOCALES.

POR SU PARTE, LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INVOLUCRAN ACCIONES TENDIENTES A MODIFICAR Y MEJORAR LAS CONDICIONES QUE LIMITAN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL INDIVIDUO,

LA PROTECCIÓN FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL DE PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD Y MINUSVÁLIDOS, HASTA LOGRAR SU INCORPORACIÓN A UNA VIDA PLENA Y PRODUCTIVA. LAS ACTIVIDADES BÁSICAS QUE SE DESARROLLAN EN ESTE CAMPO SON: ATENCIÓN DE PERSONAS QUE POR SUS CARENCIAS SOCIOECONÓMICAS O PROBLEMAS DE INVALIDEZ NO SATISFACEN LOS REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES PARA LA SUBSISTENCIA; LA ATENCIÓN A MENORES Y ANCIANOS EN ESTADO DE ABANDONO; LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN EN EDAD AVANZADA; EL EJERCICIO DE LA TUTELA DE MENORES; EL SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL A MUJERES GESTANTES; SERVICIOS JURÍDICOS Y ORIENTACIÓN SOCIAL A MENORES, ANCIANOS Y MINUSVÁLIDOS; EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO; Y, SERVICIOS FUNERARIOS DE INTERÉS SOCIAL. DICHAS ACTIVIDADES ESTÁN A CARGO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (D.I.F.), EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD (INSEN) Y LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (C.I.J.)².

HASTA EL AÑO DE 1982 LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD SE ENCONTRABAN DISPERSAS EN CUANTO A SU FUNCIONAMIENTO Y COORDINACIÓN. ELLO OBLIGÓ, CON BASE EN LA LEY DE PLANEACIÓN Y LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, A CREAR EL SECTOR SALUD CON EL PROPÓSITO DE ORGANIZAR DICHAS INSTITUCIONES; CONSOLIDAR UN SECTOR ADMINISTRATIVO PARA LA CONCERTACIÓN E INDUCCIÓN DE ACCIONES CON LOS SECTORES SOCIAL Y PRIVADO; POSIBILITAR LA PROGRAMACIÓN INTEGRAL Y EL DESARROLLO DEL PROGRAMA-PRESUPUESTO PÚBLICO EN LA MATERIA; PRESERVAR Y FORTALECER LA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ORGÁNICA DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS RESPONSABLES DE LA SALUD; CONFORMAR UN MECANISMO QUE PERMITIERA INTERRELACIONAR LOS PROGRAMAS, SISTEMAS, RECURSOS, ESTRUCTURAS Y FUNCIONES; ARMONIZAR LOS SISTEMAS DE ASISTENCIA MÉDICA, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, CONTROL SANITARIO Y DE ASISTENCIA SOCIAL; UNIFORMAR Y DESARROLLAR INTEGRALMENTE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR; E, IMPULSAR LA INFRAESTRUCTURA PARA LA PROGRAMACIÓN INTERSECTORIAL Y REGIONAL PARA LA SALUD.

LAS BASES JURÍDICAS ANTES MENCIONADAS, PERMITIERON CONFIGURAR AL SECTOR SALUD DE LA SIGUIENTE FORMA:

- LAS FUNCIONES, PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD QUE REALIZA EL I.M.S.S, I.S.S.S.T.E. Y EN GENERAL, LA DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA FEDERAL.
- EL SUBSECTOR DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, QUE INCLUYE LOS DE CANCEROLOGÍA, CARDIOLOGÍA, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, NEUROLOGÍA Y

² VER PODER EJECUTIVO FEDERAL. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988. MÉXICO, 1984. PAG. 16-21

NEUROCIRUGÍA, NUTRICIÓN, PEDIATRÍA, PERINATOLOGÍA, MEXICANO DE PSIQUIATRÍA Y EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.

- EL SUBSECTOR DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL QUE INCLUYEN EL DIF, LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD³

POSTERIORMENTE, CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EN VIGOR A PARTIR DEL PRIMERO DE JULIO DE 1984, SE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, "QUE ESTÁ CONSTITUIDO POR 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 LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN DE ACCIONES"⁴. TIENE COMO OBJETIVOS: PROPORCIONAR SERVICIOS DE ESTA ÍNDOLE A TODA LA POBLACIÓN Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS MISMOS; CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEMOGRÁFICO ARMÓNICO; COLABORAR AL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACIÓN MEDIANTE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL; DAR IMPULSO AL DESARROLLO DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD; MEJORAR LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL MEDIO AMBIENTE; CREAR MECANISMOS DE ADMINISTRACIÓN RACIONAL Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS; Y, COADYUVAR A MODIFICAR LOS PATRONES CULTURALES QUE DETERMINAN LOS HÁBITOS, COSTUMBRES Y ACTITUDES RELACIONADAS CON LA SALUD Y CON EL USO DE LOS SERVICIOS.

EL GOBIERNO DE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN DENTRO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000, PROPONE PARA ALCANZAR EL OBJETIVO " AVANZAR A UN DESARROLLO SOCIAL QUE PROPICIE Y EXTIENDA EN TODO EL PAÍS LAS OPORTUNIDADES DE SUPERACIÓN INDIVIDUAL Y COMUNITARIA, BAJO PRINCIPIOS DE EQUIDAD Y JUSTICIA"⁵ LA ESTRATEGIA DE AMPLIAR LA COBERTURA Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS BÁSICOS, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN LOS DE SALUD. ELLO IMPLICA IMPULSAR UNA NUEVA REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEDIANTE DOS LÍNEAS. LA PRIMERA, ESTABLECE QUE SE BUSCARÁN NUEVOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO QUE SEAN COHERENTES CON LA CAPACIDAD DE SELECCIÓN DEL USUARIO A FIN DE QUE LOS TRABAJADORES gocen de beneficios de la seguridad social; y la segunda, la descentralización de los servicios de atención para población no asegurada mediante la creación de los sistemas estatales y municipales de salud, con el propósito de lograr una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de los servicios médicos.

³ SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. CUADERNOS DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Nº 7. "SISTEMA NACIONAL DE SALUD: AVANCES Y PERSPECTIVAS" S.S.A., MÉXICO, 1984. PÁG. 41-44

⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988. MÉXICO, 1984. PÁG. 22

⁵ SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 31 DE MAYO DE 1995, PÁG. 6

ESTA ÚLTIMA LÍNEA DE ACCIÓN COMPRENDE LA TRANSFERENCIA A LOS GOBIERNOS ESTATALES LOS SERVICIOS QUE OTORGA LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, CON LOS RESPECTIVOS RECURSOS Y APOYOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y ORGANIZATIVOS. AL MISMO TIEMPO, PARA MANTENER LA EFECTIVIDAD Y LA COBERTURA TERRITORIAL DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD, LOS SERVICIOS ESTATALES SE AGRUPARÁN EN EL CONSEJO NACIONAL DE SALUD, CREADO EL 27 DE ENERO DE 1995⁶.

3.2 LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

EN EL PAÍS PARA LA ATENCIÓN A SALUD CONCURREN DIVERSAS INSTITUCIONES TANTO PÚBLICAS COMO PRIVADAS Y SOCIALES, CON DIVERSAS CARACTERÍSTICAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GRUPOS DE POBLACIÓN AL QUE BRINDAN LOS SERVICIOS. DESTACA QUE LAS PÚBLICAS CONCENTRAN EN MAYOR PROPORCIÓN LOS RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS, ADEMÁS DE QUE PROTEGEN DE LOS RIESGOS A CERCA DEL 86% DE LA POBLACIÓN.

TAMBIÉN RESULTA RELEVANTE SEÑALAR QUE EL GRUPO DE INSTITUCIONES PÚBLICAS QUE OFRECEN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTÁ CONSTITUIDO BÁSICAMENTE POR CUATRO ORGANISMOS, DOS DE ELLOS ORIENTADOS AL PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN ABIERTA Y LAS RESTANTES A LA POBLACIÓN ASEGURADA EN EL LUGAR DE TRABAJO.

EN LO QUE SE REFIERE A LAS PRIVADAS, RESALTA EL ALTO MARGEN DE GANANCIA. Y UNA CONTRIBUCIÓN IMPORTANTE EN LA GENERACIÓN DEL PRODUCTO INTERNO DE LA RAMA DE LA SALUD, NO OBSTANTE QUE ATIENDEN A APROXIMADAMENTE AL 4% DE LA POBLACIÓN.

POR OTRA PARTE, ENTRE 1983 Y 1993 EL PRECIO A QUE SE OFRECEN LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL MERCADO, PARTICULARMENTE LOS PROPORCIONADOS POR ENTIDADES PRIVADAS, SE HAN INCREMENTADO 30% MÁS QUE LA CANASTA DE BIENES Y SERVICIOS. POR LO TANTO, EL PROPÓSITO DE ESTE APARTADO ES ANALIZAR CON MAYOR DETALLE ESTOS ASPECTOS REFERENTES A LA OFERTA DE SERVICIOS.

3.2.1 RECURSOS HUMANOS

PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD, ASÍ COMO PARA LLEVAR A CABO LA OPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, EL SECTOR SALUD EN 1983 CONTABA CON UNA PLANTILLA DE PERSONAL INTEGRADA POR 287 MIL TRABAJADORES, CIFRA QUE EN 1993 ALCANZÓ UN TOTAL DE 421 MIL PERSONAS, LO QUE SIGNIFICA UN INCREMENTO DEL 46.7% Y UNA T.M.A.C. DE 3.9 POR CIENTO.

⁶ IDID, PAG 53-55.

LAS INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ABIERTA EN EL MISMO PERIODO REGISTRARON UN INCREMENTO DEL 86.6% Y UNA T.M.A.C. DE 6.4%, AL PASAR DE 82 MIL A 153 MIL ASALARIADOS. ESTA DINÁMICA PERMITIÓ A DICHAS DEPENDENCIAS PARTICIPAR DENTRO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR CON EL 28.6 Y 36.3% RESPECTIVAMENTE, EN LOS EXTREMOS DEL LAPSO ANALIZADO.

POR LO QUE RESPECTA A LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS ORGANISMOS QUE ATIENDEN A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE EN 1993 TOTALIZARON 268 MIL EMPLEADOS, EN COMPARACIÓN A LOS 205 MIL EN 1983, LO QUE REPRESENTÓ UN INCREMENTO DEL 30.7% Y UNA T.M.A.C. DE 2.7 POR CIENTO. CON ELLO, LOS RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES DE ESTE RÉGIMEN CONCENTRARON EN EL TOTAL SECTORIAL 73.1% Y 65.3% EN LOS AÑOS DE ESTUDIO. POR LO ANTERIOR, SE PUEDE OBSERVAR QUE LOS INCREMENTOS DE LAS PLANTILLAS DE PERSONAL EN INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A POBLACIÓN ABIERTA DUPLICARON LOS REGISTRADOS A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL. SIN EMBARGO, ESTA EVOLUCIÓN DE LAS PLANTILLAS DE PERSONAL EN EL SECTOR PERMITIÓ AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, COMO SE VERÁ EN EL APARTADO 3.2.4 POSTERIORMENTE (VER CUADRO 1).

CUADRO 1
TOTAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	82	66	10	6	205	153	36	16	287
1984	85	67	11	7	215	157	40	18	300
1985	104	87	9	8	229	170	41	18	333
1986	111	96	8	7	232	171	42	19	343
1987	115	97	10	8	224	158	44	22	339
1988	120	100	10	10	243	173	47	23	363
1989	122	103	11	8	242	172	48	22	364
1990	129	108	12	9	254	182	50	22	383
1991	139	115	13	11	261	192	50	19	400
1992	145	121	14	10	265	195	53	17	410
1993	153	127	15	11	268	196	53	19	421

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

EL PERSONAL MÉDICO OBSERVA UN AUMENTO DEL 50% Y UNA T.M.A.C. DE 4.1% AL PASAR DE 68 MIL A 102 MIL, CON LO QUE EXISTE UNA MAYOR DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS EN VIRTUD DE QUE EL

INDICADOR MÉDICO POR NÚMERO DE HABITANTES SE MODIFICÓ DE UN MÉDICO POR 960 HABITANTES A UNO POR 860, EN EL PERIODO DE REFERENCIA.

POR SU PARTE, EL NÚMERO DE MÉDICOS OCUPADOS EN INSTITUCIONES DE POBLACIÓN ABIERTA SE INCREMENTÓ DE 21 MIL A 38 MIL, CON UN AUMENTO DEL 81% Y UNA T.M.A.C. DE 6.1%, LO QUE DEMUESTRA EL IMPULSO A LAS ACCIONES ORIENTADAS A ALCANZAR LA PROTECCIÓN PARA TODOS LOS HABITANTES DEL PAÍS PARA EL AÑO 2000.

EN CUANTO A LOS MÉDICOS DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPERIMENTARON UN CRECIMIENTO DE 36.2% AL PASAR DE 47 MIL A 64 MIL CON UNA T.M.A.C. DE 3.1%. ESTA EVOLUCIÓN TAMBIÉN RESPONDE AL CRECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO AL PROPÓSITO DE AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, Y CONTRIBUIR A LOGRAR LA COBERTURA TOTAL DE LOS SERVICIOS CON EQUIDAD Y CALIDAD A LOS DERECHOHABIENTES (VER CUADRO 2)

CUADRO 2
PERSONAL MÉDICO
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				T O T A L SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	21	18	2	1	47	34	9	4	68
1984	23	19	2	2	44	30	10	4	67
1985	25	21	2	2	46	32	11	3	71
1986	27	24	1	2	48	32	12	4	75
1987	28	23	3	2	50	34	11	5	79
1988	29	24	3	2	60	42	13	5	89
1989	30	25	3	2	55	37	12	6	85
1990	32	26	4	2	58	40	13	5	90
1991	34	28	4	2	62	43	14	5	96
1992	37	30	5	2	63	44	14	5	100
1993	38	31	5	2	64	44	14	6	102

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º INFORME DE GOBIERNO.

LOS PARAMÉDICOS, EN DONDE LA MAYOR PARTE LA CONSTITUYEN LAS ENFERMERAS VARIÓ DE 106 MIL A 176 MIL PARA REPRESENTAR UN CRECIMIENTO DEL 66% Y UNA T.M.A.C. DE 5.2 POR CIENTO.

EL PERSONAL PARAMÉDICO, QUE LABORÓ EN INSTITUCIONES DE POBLACIÓN ABIERTA, EN EL PERIODO DE REFERENCIA, AUMENTÓ 111.1% AL PASAR DE 27 MIL A 57 MIL, Y LA T.M.A.C. ALCANZÓ 7.8

POR CIENTO. EN CUANTO A LOS QUE SE DESEMPEÑAN EN LA SEGURIDAD SOCIAL AUMENTARON DE 79 MIL A 119 MIL, PARA REGISTRAR UN INCREMENTO DE 50.6% Y UNA T.M.A.C. DE 4.2 POR CIENTO.

LAS ENFERMERAS HAN TENIDO ESPECIAL IMPORTANCIA EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE VACUNACIÓN, ASÍ COMO EN LOS RELATIVOS A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DE FOMENTO A LA SALUD (VER CUADRO 3)

CUADRO 3
PERSONAL PARAMÉDICO
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	27	23	2	2	79	63	12	4	106
1984	31	27	2	2	85	65	14	6	116
1985	41	37	1	3	91	71	15	5	132
1986	45	41	1	3	91	71	14	6	136
1987	48	41	4	3	98	75	16	7	146
1988	50	42	4	4	104	79	18	7	154
1989	51	43	4	4	108	80	19	9	159
1990	54	45	5	4	111	84	20	7	165
1991	54	44	6	4	114	87	19	8	168
1992	55	46	6	3	116	89	19	8	171
1993	57	47	7	3	119	90	20	9	176

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

EL PERSONAL NO MÉDICO (LOCALIZADO EN LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS, CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO Y OTROS SERVICIOS NO MÉDICOS) CRECIÓ ÚNICAMENTE EN 19% AL PASAR DE 100 MIL A 118 MIL ASALARIADOS.

CABE SEÑALAR QUE EN INSTITUCIONES DEDICADAS AL CUIDADO DE POBLACIÓN ABIERTA LAS PLANTILLAS DE PERSONAL ADMINISTRATIVO CRECIERON EN 56.3%, AL PASAR DE 32 MIL A 50 MIL EMPLEADOS, EN TANTO QUE EN EL OTRO TIPO DE INSTITUCIONES SOLO SE INCREMENTAN EN MIL PERSONAS AL PASAR DE 68 MIL A 69 MIL PERSONAS, CIFRAS QUE SIGNIFICARON AUMENTOS DE 1.5% Y UNA T.M.A.C. DE 0.1 POR CIENTO (VER CUADRO 4)

CUADRO 4
PERSONAL ADMINISTRATIVO
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				T O T A L SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	52	24	6	2	68	48	14	6	100
1984	24	15	6	3	75	53	14	8	99
1985	34	25	6	3	81	58	11	9	115
1986	35	27	5	3	82	58	15	9	117
1987	35	23	3	3	63	40	14	9	98
1988	36	30	3	3	65	42	15	6	101
1989	35	29	3	3	67	43	15	3	102
1990	37	31	3	3	70	47	15	6	107
1991	43	37	3	3	69	49	15	5	112
1992	46	39	3	4	69	50	17	3	116
1993	50	42	4	4	69	49	17	3	119

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

3.2.2 INFRAESTRUCTURA FÍSICA

LAS UNIDADES DE ATENCIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO SE DIVIDEN DE ACUERDO A LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONAN EN UNIDADES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL. LAS PRIMERAS CONSTITUYEN LA PUERTA DE ENTRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPRENDEN POR TANTO ACCIONES DIRIGIDAS AL INDIVIDUO, LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y SU MEDIO AMBIENTE. ESTÁN ENFOCADAS BÁSICAMENTE A PRESERVAR Y CONSERVAR LA SALUD POR MEDIO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, TRATAMIENTO OPORTUNO Y REHABILITACIÓN DE AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE SE PRESENTAN CON FRECUENCIA Y CUYA RESOLUCIÓN ES FACTIBLE MEDIANTE LA ATENCIÓN AMBULATORIA BASADA EN UNA COMBINACIÓN DE RECURSOS DE POCA COMPLEJIDAD TÉCNICA.

EN EL SEGUNDO NIVEL SE OTORGAN SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES DERIVADOS DEL PRIMER NIVEL O DE AQUELLOS QUE SE PRESENTAN ESPONTÁNEAMENTE CON URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS, CUYA RESOLUCIÓN DEMANDA LA CONJUNCIÓN DE TÉCNICAS Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD A CARGO DE PERSONAL ESPECIALIZADO.

EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN SE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE RESTAURACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD A USUARIOS, REFERIDOS POR LOS OTROS NIVELES, QUE PRESENTAN PADECIMIENTOS DE DIFÍCIL SOLUCIÓN Y EXIGEN ACCIONES TERAPÉUTICAS Y DE DIAGNÓSTICO QUE

REQUIEREN DE INSUMOS DE ALTA COMPLEJIDAD TÉCNICA. ASIMISMO EN ESTE NIVEL SE REALIZAN LAS FUNCIONES DE APOYO ESPECIALIZADO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y A LA REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIOS, Y SE LLEVA A CABO TAMBIÉN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.

BAJO ESTE ESQUEMA DE ORDENAMIENTO DE LOS SERVICIOS, EN 1983 EL SECTOR DISPONÍA DE 10,208 UNIDADES MÉDICAS Y PARA 1993 ALCANZÓ UNA CIFRA DE 14,233, LO CUAL, SIGNIFICA UN CRECIMIENTO DE 39.4 POR CIENTO. EN ESTE COMPORTAMIENTO DESTACA LA INFRAESTRUCTURA PARA LA POBLACIÓN ABIERTA QUE AUMENTÓ EN 51.1% AL PASAR DE 7,131 A 10,772 UNIDADES, MIENTRAS QUE LA DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE SE INCREMENTAN 12.2% AL REGISTRAR 3,077 Y 3,451 EN LOS AÑOS DE REFERENCIA (VER CUADRO 5).

CUADRO 5
UNIDADES MÉDICAS TOTALES

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				T O T A L SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	7,131	3,804	3,106	221	3,077	1,533	1,007	537	10,208
1984	7,277	3,859	3,152	266	2,847	1,446	1,054	347	10,124
1985	7,705	4,442	3,158	105	3,030	1,435	1,073	522	10,735
1986	7,974	5,415	2,454	105	2,895	1,472	1,091	332	10,869
1987	8,293	5,734	2,454	105	3,027	1,492	1,091	444	11,320
1988	8,745	6,266	2,374	85	3,219	1,538	1,134	547	11,964
1989	9,419	6,594	2,718	107	3,283	1,564	1,141	578	12,702
1990	9,848	6,612	3,128	108	3,346	1,604	1,163	579	13,194
1991	10,311	6,877	3,303	131	3,411	1,679	1,188	544	13,722
1992	10,524	7,017	3,370	137	3,453	1,717	1,180	556	13,977
1993	10,772	7,191	3,408	173	3,451	1,742	1,178	531	14,223

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

EN CUANTO AL CRECIMIENTO POR NIVELES DE ATENCIÓN, SE OBSERVA EN EL PRIMER NIVEL (UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA) EL AUMENTO DE 9,655 A 13,472 PARA ANOTAR UN CRECIMIENTO DE 39.5%, LAS DE POBLACIÓN ABIERTA PASAN DE 6,895 A 10,443 PARA REPRESENTAR EL 51.5% DE INCREMENTO. POR SU PARTE LAS DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE SE INCREMENTAN EN 9.7% AL CONTAR CON 2,760 EN EL PRIMER AÑO Y 3,029 EN EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO (VER CUADRO 6).

CUADRO 6
UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
(PRIMER NIVEL)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				T O T A L SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	6,895	3,670	3,034	191	2,760	1,346	945	469	9,655
1984	7,072	3,744	3,091	237	2,536	1,255	986	295	9,608
1985	7,467	4,294	3,097	76	2,705	1,249	1,005	451	10,172
1986	7,728	5,248	2,404	76	2,532	1,230	1,019	283	10,260
1987	8,039	5,559	2,404	76	2,626	1,242	1,015	363	10,665
1988	8,485	6,086	2,323	76	2,814	1,285	1,058	471	11,299
1989	9,154	6,410	2,666	78	2,872	1,310	1,062	500	12,026
1990	9,554	6,400	3,075	79	2,925	1,345	1,079	501	12,479
1991	10,009	6,659	3,249	101	2,988	1,417	1,103	468	12,937
1992	10,212	6,790	3,316	106	3,030	1,457	1,093	480	13,242
1993	10,443	6,954	3,348	141	3,029	1,481	1,091	457	13,472

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL (HOSPITALES GENERALES Y CLÍNICAS HOSPITAL) EN 1983 EL SECTOR CONTABA CON 498 Y PARA 1993 DICHA CANTIDAD AUMENTA A 625, LO QUE DENOTA UN INCREMENTO DE 25.5 POR CIENTO. LOS HOSPITALES PARA POBLACIÓN ABIERTA PASAN DE 212 A 261 LO QUE SIGNIFICÓ UN AUMENTO DE 23.1% Y LOS DE RÉGIMEN DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE 286 SE INCREMENTAN A 364 PARA OBSERVAR UN CRECIMIENTO DE 27.3% (VER CUADRO 7).

CUADRO 7
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL
(SEGUNDO NIVEL)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				T O T A L SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	212	110	72	30	286	160	61	65	498
1984	159	89	61	9	278	161	67	50	437
1985	191	121	61	9	296	164	65	67	487
1986	197	138	50	9	325	217	61	47	522
1987	212	145	50	17	353	217	65	71	565
1988	202	141	51	10	354	217	65	72	556
1989	205	143	52	10	357	216	68	73	562
1990	230	164	53	13	366	220	73	73	596
1991	237	170	54	13	365	223	74	68	602
1992	246	178	54	14	365	221	76	68	611
1993	261	188	60	13	364	222	76	66	625

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

LAS UNIDADES MÉDICAS DE TERCER NIVEL (HOSPITALES DE ESPECIALIZACIÓN) EL SECTOR DISPONÍA 55 EN 1983 Y PARA 1993 CONTABA CON 126, ES DECIR, SE INCREMENTARON EN 129.1 POR CIENTO. LAS INSTITUCIONES DE POBLACIÓN ABIERTA, EN EL PERÍODO CONSIDERADO, CASI SE TRIPLICAN AL PASAR DE 24 A 68 UNIDADES Y LAS ORIENTADAS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AUMENTAN DE 31 A 58 LO QUE IMPLICA UN INCREMENTO DE 87.1 POR CIENTO (VER CUADRO 8).

CUADRO 8
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA
(TERCER NIVEL)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA			POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL	
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE		OTROS
1983	24	24		0	41	27	1	3	55
1984	46	25		20	54	30	1	3	80
1985	47	27		20	59	22	3	4	76
1986	49	29		20	38	25	11	2	87
1987	42	30		12	48	33	11	4	90
1988	58	39		19	51	36	11	4	109
1989	60	41		19	54	38	11	5	114
1990	64	48		16	55	39	11	5	119
1991	65	48		17	58	39	11	8	123
1992	66	49		17	58	39	11	8	124
1993	68	49		19	56	39	11	8	126

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

EL CRECIMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DIO COMO RESULTADO QUE EL NÚMERO DE CONSULTORIOS EN EL SECTOR SE INCREMENTARA UN 51.4% AL PASAR DE 25.5 MIL A 38.6 MIL, Y UNA T.M.A.C. DE 4.2%; LAS CAMAS CENSABLES POR SU PARTE AUMENTAN EN 6 MIL, PARA TOTALIZAR EN 1993 LA CANTIDAD DE 66 MIL CON EL CONSECUENTE CRECIMIENTO DE 10% Y UNA T.M.A.C. DE 1.0 POR CIENTO (VER CUADRO 9). ELLO DIO POR RESULTADO QUE EN EL PRIMER AÑO DE ESTUDIO EXISTÍA UNA CAMA POR 846 HABITANTES EN TANTO QUE EN EL ÚLTIMO ESTA RELACIÓN DISMINUYÓ A 767 (VER CUADRO 10)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 9
CONSULTORIOS
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	11.9	8.2	3.5	0.2	13.6	10.2	2.0	1.4	25.5
1984	12.3	8.4	3.6	0.3	13.9	10.2	2.1	1.6	26.2
1985	13.8	9.9	3.6	0.3	13.6	10.0	2.2	1.4	27.4
1986	14.2	11.1	2.8	0.3	14.5	10.4	2.5	1.6	28.7
1987	15.8	12.7	2.8	0.3	15.1	10.6	2.9	1.6	30.9
1988	15.4	12.3	2.8	0.3	16.0	11.2	3.0	1.8	31.4
1989	16.5	13.1	3.1	0.3	16.6	11.4	3.3	1.9	33.1
1990	17.6	13.6	3.6	0.4	17.2	11.8	3.5	1.9	34.8
1991	18.5	14.3	3.8	0.4	17.6	12.2	3.6	1.8	36.1
1992	18.7	14.4	3.8	0.5	18.5	12.8	3.7	2.0	37.2
1993	19.5	15.2	3.9	0.4	19.1	12.9	4.4	1.8	38.6

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

CUADRO 10
CAMAS CENSABLES
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	21.2	17.8	1.2	2.2	38.8	29.5	5.6	3.7	60.0
1984	20.4	17.3	1.3	1.8	39.6	29.6	6.1	3.9	60.0
1985	22.3	19.2	1.3	1.8	37.0	26.8	6.1	4.1	59.3
1986	23.0	20.3	1.2	1.5	36.7	26.9	6.1	3.7	59.7
1987	22.9	20.2	1.1	1.6	36.7	26.7	6.2	3.8	59.6
1988	23.0	19.7	1.3	2.0	36.5	26.2	6.2	4.1	59.5
1989	24.3	20.9	1.3	2.1	37.0	26.6	6.2	4.2	61.3
1990	25.1	21.3	1.5	2.3	38.1	27.4	6.4	4.3	63.2
1991	26.7	22.3	1.6	2.2	38.5	27.7	6.6	4.2	65.2
1992	27.2	23.6	1.6	2.0	39.2	27.6	6.5	5.1	66.4
1993	26.7	22.9	1.7	2.1	39.3	28.1	6.2	5.0	66.0

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

LA AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN, REFLEJA LA PRIORIDAD QUE SE LE HA OTORGADO EN LA INSTRUMENTACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL DEL DESARROLLO NACIONAL, SI SE TOMA EN CUENTA LOS PROBLEMAS ECONÓMICOS QUE VIVIÓ EL PAÍS EN LA DÉCADA DE LOS OCHENTAS Y QUE ENTRE OTROS ASPECTOS SE REFLEJÓ EN RESTRICCIONES PRESUPUESTALES, ASOCIADOS A UNA INFLACIÓN ELEVADA, PARTICULARMENTE EN

LOS AÑOS DE 1983, 1986 Y 1987, SIENDO EN ESTE ÚLTIMO AÑO LA MÁS SEVERA AL SITUARSE EN 159.2%, LO CUAL REDUCÍA SENSIBLEMENTE LA CAPACIDAD FINANCIERA PARA EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA SECTORIAL.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, PUEDE SEÑALARSE QUE LA ESTRATEGIA SEGUIDA EN CUANTO A INFRAESTRUCTURA MÉDICA NO HA SIDO LA MÁS ADECUADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA RACIONALIDAD ECONÓMICA Y SOCIAL. LA RAZÓN ES QUE SEGÚN EXPERTOS DE LA SALUD, EL 85% DE LOS PROBLEMAS SE RESUELVEN EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL, EL 10% EN ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO Y EL 5% EN INSTALACIONES DE TERCERO. ASIMISMO, EN EL MISMO ORDEN, CADA UNO DE ELLOS ABSORBE 10%, 40% Y 50% DE LOS GASTOS EN SALUD⁷. EN EL PAÍS ES MANIFIESTO LA PRIORIDAD DE UNIDADES DE ALTA ESPECIALIZACIÓN.

3.2.3 RECURSOS FINANCIEROS

LA OPERACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD REQUIERE DE MONTOS FINANCIEROS SIGNIFICATIVOS. PARA OBTENER UN PANORAMA GLOBAL DE LA CUANTÍA, SE RECORRE A LAS CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO, MISMAS QUE DESCRIBEN EL PROCESO PRODUCTIVO DEL PAÍS Y MIDEN EN FORMA INTEGRAL Y COHERENTE LAS MÚLTIPLES TRANSACCIONES QUE REALIZAN LAS EMPRESAS, EL GOBIERNO Y LAS FAMILIAS, ASÍ COMO LOS VÍNCULOS CON EL EXTERIOR. DENTRO DE LA CONTABILIDAD NACIONAL, LOS SERVICIOS DE SALUD, COMO PARTE DEL APARATO PRODUCTIVO Y POR LA IMPORTANCIA ECONÓMICA Y SOCIAL QUE REPRESENTAN RECIBEN UN TRATAMIENTO ESPECIAL. BAJO EL AGRUPAMIENTO DE LA RAMA 70⁸.

EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1983 Y 1993, EL PRODUCTO INTERNO BRUTO (P.I.B.) GENERADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD CRECIÓ A UNA TASA MEDIA ANUAL (T.M.A.) DE 1.2%. MENOR A LA ECONOMÍA NACIONAL EN CONJUNTO, LA CUAL FUE DE 2.0 POR CIENTO. ESTA DINÁMICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORIGINÓ QUE LA PARTICIPACIÓN DENTRO DEL P.I.B. DISMINUYERA DE 3.5 A 3.2 POR CIENTO. RESALTA TAMBIÉN, QUE LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN EL TOTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD OBSERVABA UNA TENDENCIA DECRECIENTE, AL PASAR DE 45.4% EN EL INICIO DEL PERIODO ANALIZADO A 33.6% EN EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO, MIENTRAS QUE EL SECTOR PÚBLICO REGISTRÓ UNA LÍNEA DE MOVIMIENTO CONTRARIA AL SITUARSE EN 54.6% Y 66.4% RESPECTIVAMENTE. ASIMISMO, EL GOBIERNO GENERAL MUESTRA UNA CONTRIBUCIÓN CRECIENTE, EN TANTO QUE LAS EMPRESAS CONTROLADAS DIRECTA E INDIRECTAMENTE MANIFIESTAN UNA PARTICIPACIÓN MENOR (VER CUADRO 11).

⁷ SAN MARTÍN, OP. CIT. PAG. 220 Y 367.

⁸ VER GÓMEZ LUNA MARÍA EUGENIA. "LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO". SECRETARÍA DE SALUD, GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PLANEACIÓN Y FINANCIAMIENTO EN LA SALUD: NUEVOS ESQUEMAS ANTE LA CRISIS. SSA, MÉXICO, 1988. PAG 119

CUADRO 11
 LA RAMA DE SALUD EN LA GENERACIÓN DEL
 PRODUCTO INTERNO BRUTO 1983-1993
 (MILLONES DE NUEVOS PESOS DE 1983)

RAMAS	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL	4,628.9	4,796.0	4,920.4	4,735.7	4,814.7	4,878.8	5,047.2	5,271.5	5,462.7	5,616.0	5,649.7
SALUD	160.5	165.0	166.9	163.0	163.6	164.9	169.2	173.4	179.2	178.0	180.6
PRIVADO	72.9	75.8	76.3	68.8	65.6	62.4	62.9	65.1	65.7	60.4	60.6
PÚBLICO	87.6	89.2	90.6	94.2	98.0	102.5	106.3	108.3	113.5	117.6	120.0
GOB. GRAL. EMP. CONT.	84.7	86.3	87.7	91.2	94.9	99.3	103.1	105.2	111.0	115.4	117.8
2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	3.2	3.2	3.2	3.1	2.5	2.2	2.2
OTRAS											
FAMAS.	4,468.4	4,631.0	4,753.5	4,572.7	4,651.1	4,713.9	4,878.0	5,098.1	5,283.5	5,448.0	5,469.1
% SALUD											
EN TOTAL	3.5	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.3	3.4	3.3	3.2	3.2

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO " CUENTAS DE PRODUCCIÓN A PRECIOS COPRIENTES Y CONSTANTES" V. III, Y "CUENTAS DE PRODUCCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO, 1983-1993

AL INTERIOR DEL GOBIERNO GENERAL, LAS RESPECTIVAS PARTICIPACIONES DE LAS ENTIDADES QUE LO CONSTITUYEN EN LA GENERACIÓN DEL P.I.B. DE LOS SERVICIOS DE SALUD CASI SE MANTIENEN EN EL PERIODO DE ESTUDIO. ASÍ, EL GOBIERNO CENTRAL CONTRIBUYE CON 24% (20% EL GOBIERNO FEDERAL, 1.5% EL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL Y 2.5% LOS ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS), LOS GOBIERNOS ESTATALES 1% Y LA SEGURIDAD SOCIAL 75 POR CIENTO (VER CUADRO 12)

CUADRO 12
GOBIERNO GENERAL EN LA GENERACIÓN DEL
PRODUCTO INTERNO BRUTO DE LA SALUD 1983-1993
(MILLONES DE NUEVOS PESOS DE 1980)

ENTIDADES Y AÑOS	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL (MILLONES DE N \$)	84.7	86.3	87.7	91.2	94.9	99.3	103.1	105.2	111.0	115.4	117.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
GOB. CENTRAL	24.3	26.2	27.3	27.5	23.8	25.2	23.8	23.7	23.0	22.8	23.9
GOB. FEDERAL	19.6	20.9	21.5	21.8	19.1	20.3	19.1	19.3	18.9	18.8	19.9
D.D.F.	1.4	1.5	1.5	1.5	1.7	1.8	2.0	2.0	1.7	1.7	1.7
ORG. DESCENTRAL.	3.3	3.8	4.3	4.2	3.0	3.1	2.7	2.4	2.4	2.3	2.3
GOB. ESTATAL	1.5	1.6	1.9	1.6	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7
SEGURIDAD SOCIAL	74.2	72.2	70.8	70.9	75.4	74.0	75.4	75.5	76.3	76.5	75.4

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MEXICO "CUENTAS DE PRODUCCION DEL SECTOR PÚBLICO" 1980-1993

EL GASTO EN SALUD EN EL MISMO LAPSO DE TIEMPO, CRECIÓ A UNA T.M.A. DE 1.2 POR CIENTO. EN CONSECUENCIA, LA PROPORCIÓN CON RESPECTO AL P.I.B. DISMINUYÓ DE 5.5% A 5.0 POR CIENTO. DE IGUAL FORMA, EL GASTO PERCÁPITA EXPRESADO EN NUEVOS PESOS DE 1980, SE REDUJO DE 3.57 EN 1983 A 3.30 DIEZ AÑOS DESPUÉS. SOBRESALE QUE EL GASTO EN SALUD PRIVADO FUE MENOR APROXIMADAMENTE 9 PUNTOS PORCENTUALES. PARA EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO EL GASTO EN EL MERCADO INTERNO DE ESTE SECTOR SIGNIFICÓ 44.2% DE TOTAL NACIONAL, EN TANTO QUE EL CORRESPONDIENTE AL CONTENIDO IMPORTADO ALCANZÓ 2.0 POR CIENTO. LOS BIENES Y SERVICIOS PROVENIENTES DEL EXTERIOR MANIFESTARON UN CRECIMIENTO ACELERADO DE 20.1% EN PROMEDIO ANUAL AL PASAR DE 0.9 A 5.5 MILLONES DE NUEVOS PESOS. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SU PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL REPRESENTÓ CERCA DEL DOS POR CIENTO. POR SU PARTE, EL SECTOR PÚBLICO ABSORBIÓ EL GASTO EN LA PROPORCIÓN PERDIDA POR EL SECTOR PRIVADO (VER CUADRO 13).

CUADRO 13
 GASTO TOTAL EN SALUD 1983-1993
 (MILLONES DE NUEVOS PESOS DE 1980)

GASTO \ AÑOS	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL	252.7	244.5	254.9	245.2	242.7	245.8	258.2	268.5	277.6	279.1	284.7
PRIVADO	144.2	135.0	136.1	124.3	127.3	117.9	124.9	135.4	133.9	130.0	131.6
MERCADO INTERNO	143.3	134.2	137.3	124.5	119.4	116.5	123.0	126.0	130.3	125.5	126.1
IMPORTADO	0.9	0.8	0.8	0.6	0.9	1.4	1.9	2.6	3.6	4.5	5.5
PÚBLICO	108.5	109.5	116.8	120.9	122.4	127.9	133.3	137.1	143.7	149.1	153.1
PARTICIPACIÓN % DEL GASTO EN SALUD EN PIB	5.1	5.1	5.2	5.2	5.0	5.0	5.1	5.1	5.1	5.0	5.0
GASTO PERCÁPITA EN NUEVOS PESOS DE 1980	3.57	3.38	3.46	3.25	3.17	3.15	3.24	3.30	3.35	3.30	3.30

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO "OFERTA Y UTILIZACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS" 1980-1993, V. II

DEL TOTAL DEL MONTO GASTADO POR ALGUNAS DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO GENERAL, 76% SE ORIENTÓ A LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN ASEGURADA, EN TANTO QUE EL RESTANTE 24.0% SE CANALIZÓ A LA POBLACIÓN ABIERTA. DESTACA TAMBIÉN, QUE MIENTRAS QUE LOS RECURSOS DEDICADOS A LAS PERSONAS PROTEGIDAS POR ALGUNA INSTITUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL AUMENTÓ A UNA T.M.A DE 5.1%, Y LOS CANALIZADOS A LOS GRUPOS DE POBLACIÓN SIN UNA RELACIÓN FORMAL DE TRABAJO REGISTRÓ UNA DINÁMICA LIGERAMENTE MENOR CONSISTENTE EN 4.9 POR CIENTO (VER CUADRO 14).

CUADRO 14
 GASTO EN SALUD DE ALGUNAS DEPENDENCIAS
 DEL GOBIERNO GENERAL 1983-1993
 (MILLONES DE NUEVOS PESOS DE 1960)

AÑOS	SEGURIDAD SOCIAL			POBLACIÓN ABIERTA				TOTAL
	IMSS	ISSSTE	SUMA	SSA	IMSS/SOL	OTROS	SUMA	
1983	55.3	9.5	64.8	15.7	1.8	3.0	20.5	85.3
1984	54.8	9.3	64.1	16.5	1.9	3.9	22.3	86.4
1985	54.3	10.9	65.2	17.6	2.1	4.2	23.9	89.1
1986	49.7	10.4	60.1	18.5	1.6	4.8	24.9	85.0
1987	49.4	10.3	59.7	18.4	1.5	4.3	24.2	83.9
1988	61.3	10.3	71.6	19.2	1.6	3.3	24.1	95.7
1989	56.9	10.2	67.1	19.7	1.5	3.8	23.6	90.9
1990	67.9	10.6	78.5	19.1	1.9	4.8	25.8	104.3
1991	79.1	10.7	89.8	22.5	2.7	5.0	30.2	120.0
1992	83.0	15.0	98.0	22.0	2.2	4.8	29.0	127.0
1993	82.2	24.5	106.7	24.4	3.6	5.2	33.2	139.9
SUMA	693.9	131.7	825.6	212.6	22.4	46.9	281.9	1,107.5
THAC 1	4.0	9.9	5.1	4.5	7.2	5.7	4.9	5.1

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DE LOS INFORMES DE GOBIERNO DEL PRESIDENTE SALINAS DE GORTARI, CUENTAS PÚBLICAS DE LA SSA Y LA SEGURIDAD SOCIAL, BOLETINES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SECTORIAL Y MEMORIAS ESTADÍSTICAS DE IMSS

POR CAMPOS DE LA SALUBRIDAD GENERAL, APROXIMADAMENTE 70% DEL GASTO PÚBLICO SE DESTINA A LA ATENCIÓN MÉDICA, 8% A LA SALUD PÚBLICA Y 0.4% A LA ASISTENCIA SOCIAL. ES CONVENIENTE HACER NOTAR QUE CERCA DE 18% CORRESPONDE A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS (VER CUADRO 15).

CUADRO 15
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROGRAMÁTICO DE ALGUNAS DEPENDENCIAS
DEL GOBIERNO GENERAL 1/ POR PRINCIPAL ÁREA DE SALUD
(MILLONES DE NUEVOS PESOS)

ORIENTACIÓN	AÑOS			
	1983		1993	
	GASTO	%	GASTO	%
TOTAL	332.7	100.0	23,346.6	100.0
ATENCIÓN MÉDICA	227.9	68.5	21,147.5	72.0
SALUD PÚBLICA	26.1	7.8	2,216.0	7.6
ASISTENCIA SOCIAL	2.0	0.6	51.4	0.2
FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	13.2	4.0	708.9	2.4
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO	2.1	0.6	143.9	0.5
ADMINISTRACIÓN	61.4	18.5	5,079.0	17.3

1/ INCLUYE EL GASTO EJERCIDO POR LA SSA, IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS E ISSSTE.
FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL ANEXO ESTADÍSTICO
DEL III INFORME DE GOBIERNO DEL PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID, Y EL
ANEXO ESTADÍSTICO DE LA CUENTA DE LA HACIENDA PÚBLICA FEDERAL EN EL
CAMPO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1994

DE ACUERDO CON EL GASTO EN SALUD REGISTRADO EN LA CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO, EL DEVENGADO POR INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, ASÍ COMO LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS DE LA LEYES DEL SEGURO SOCIAL Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO⁹, SE PUEDE EFECTUAR UNA ESTIMACIÓN GLOBAL DE COMO SE FINANCIAN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PAÍS. AL RESPECTO, SE PUEDE AFIRMAR QUE ACTUALMENTE, LOS RECURSOS CON QUE OPERAN LOS SERVICIOS DE SALUD, 46.2% PROVIENEN DE LOS INGRESOS FAMILIARES, 26% DE LAS CUOTAS DE LOS TRABAJADORES, 13.2% DE LAS CUOTAS DE LOS PATRONES Y EMPLEADORES, 0.6% DE APORTACIONES DEL GOBIERNO FEDERAL Y 14% DE RECURSOS FISCALES (VER FIGURA 1)

⁹ LEY DE SEGURO SOCIAL, ARTÍCULOS 33, 114 Y 115. IMSS, MÉXICO 1989; Y LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ARTÍCULOS 15, 16 Y 21. ISSSTE, MÉXICO, 1990.

FIGURA I
FINANCIAMIENTO DE GASTO EN SALUD A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN
DE LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	100.0								
S. PRIV.	46.2								46.2
S. PUB.	53.8	TOTAL	100						
		POB. AB	26						14.0
		SEG. SOC	74	TOTAL	100				
				IMSS	84	TOTAL	11.61	100.0	
						TRABAJ.	8.40	72.4	24.2
						PATRON.	3.00	25.8	8.6
						AP. GOB.	0.21	1.8	0.6
				ISSSTE	16	TOTAL	9.00	100.0	
						TRABAJ.	2.50	27.8	1.8
						DEPEND.	6.50	72.2	4.6
DESCRIPCIÓN ETAPAS									
I. SECTORES PRIVADO Y PÚBLICO									
II. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL									
III. DESGLOSE POR MODALIDAD DE ATENCIÓN									
IV. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL									
V. ENTIDADES SEGURIDAD SOCIAL									
VI. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL									
VII. ENTES QUE APORTAN A LA SEGURIDAD SOCIAL									
VIII. PARTICIPACIÓN ABSOLUTA									
IX. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL									
X. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO EN EL TOTAL (POR CIENTO)									
RESUMEN DE CONTRIBUCIONES									
TOTAL				100.0					
RECURSOS FAMILIAS				46.2					
CUOTAS TRABAJADORES				26.0					
CUOTAS PATRONES				13.2					
APORTACIONES GOBIERNO				0.6					
RECURSOS FISCALES				14.0					

FUENTE: ELABORADO CON BASE EN EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO Y LEYES DE SEGURO SOCIAL, ARTÍCULOS 35, 114 Y 115 Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ARTÍCULOS 15, 16 Y 21.

3.2.4 COBERTURA POTENCIAL

UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA ESTIMAR LA OFERTA DE SERVICIOS LO CONSTITUYE EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN, LOS GRUPOS DE EDAD Y EL SEXO. LA PRIMERA VARIABLE CORRESPONDE A LA DIMENSIÓN QUE DEBEN TENER, Y LAS DOS ÚLTIMAS A LOS DIFERENTES RIESGOS Y DAÑOS QUE OCURREN EN CADA GRUPO. ASÍ, DURANTE EL PERIODO 1983-1993, EL NÚMERO DE HABITANTES EN EL PAÍS CRECIÓ A UNA T.M.A. DE 1.97% POR LO QUE LA POBLACIÓN AUMENTÓ DE 70.9 MILLONES DE PERSONAS A 87.9 MILLONES (VER CUADRO 16). EN LA ACTUALIDAD EL 36% DEL TOTAL DE RESIDENTES EN MÉXICO TIENE MENOS DE 15 AÑOS, EL GRUPO DE 15 A 64 AÑOS REPRESENTA EL 58%, DE LOS CUALES 35 MILLONES DE PERSONAS CONSTITUYEN LA POBLACIÓN ECONÓMICA ACTIVA (24 MILLONES DE HOMBRES Y 11 DE MUJERES), Y LOS MAYORES DE 65 AÑOS, CUATRO POR CIENTO DEL TOTAL NACIONAL

CUADRO 16
POBLACIÓN TOTAL DE LA REPÚBLICA
MEXICANA 1980-1994

AÑOS	POBLACIÓN (MILLONES)
1980	66.8
1981	68.2
1982	69.5
1983	70.9
1984	72.3
1985	73.7
1986	75.5
1987	76.6
1988	78.1
1989	79.7
1990	81.2
1991	82.8
1992	84.4
1993	86.1
1994	87.8

NOTA: CON EXCEPCIÓN DE 1980 Y 1990 LOS DATOS CALCULADOS FUERON DE ACUERDO CON LA TASA INTERCENSAL EN ESA DÉCADA (1.97% ANUAL)
FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. X Y XI CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

ESTOS GRUPOS DE POBLACIÓN PRESIONAN SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS, PARTICULARMENTE EL DE EDADES AVANZADAS, POR PROBLEMAS PROPIOS DEL ENVEJECIMIENTO. PARA TAL EFECTO, EN EL PAÍS, LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS OFRECEN LOS SERVICIOS BAJO EL CONCEPTO DE COBERTURA LEGAL O DERECHOHABIENTE Y POTENCIAL. LA PRIMERA, "ES EL CONJUNTO DE PERSONAS CON DERECHO A RECIBIR PRESTACIONES EN ESPECIE..., CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY, ESTE GRUPO INCLUYE A LOS ASEGURADOS DIRECTOS O COTIZANTES, A LOS PENSIONADOS Y A LOS FAMILIARES O BENEFICIARIOS DE AMBOS"¹⁰. ENTRE DICHAS PRESTACIONES EN ESPECIE SE ENCUENTRAN LOS SERVICIOS DE SALUD.

POR SU PARTE, LA POBLACIÓN POTENCIAL SE IDENTIFICA COMO "... EL SEGMENTO DE LA POBLACIÓN ABIERTA A LA CUAL PUEDE BRINDARSE ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LOS RECURSOS HUMANOS Y/O MATERIALES DISPONIBLES. REPRESENTA LA CAPACIDAD DE OFERTA DE SERVICIOS"¹¹.

DENTRO DE LA POLÍTICA DE SALUD SE HAN EFECTUADO ESFUERZOS SIGNIFICATIVOS PARA OFRECER SERVICIOS DE SALUD A TODA LA POBLACIÓN, COMO LO DEMUESTRA, QUE NO OBSTANTE EL INCREMENTO DEL NÚMERO DE HABITANTES, SE HA DISMINUIDO CONSIDERABLEMENTE LA PROPORCIÓN DEL GRUPO DESPROTEGIDO AL PASAR DE 18.4% A 9.6% ENTRE 1984 Y 1993. AL MISMO TIEMPO, SE APRECIA AUMENTOS EN LOS RECURSOS PARA LOS GRUPOS CONSIDERADOS COMO POBLACIÓN ABIERTA, COMO SE SEÑALÓ EN LOS INCISOS ANTERIORES, SITUACIÓN QUE HACE POSIBLE PROTEGER EN 7 PUNTOS PORCENTUALES MÁS QUE EN 1984. SIN EMBARGO, EN 1993, TODAVÍA EXISTEN CERCA DE 8 MILLONES DE HABITANTES SIN ACCESO A LOS SERVICIOS. POR OTRA PARTE, SE OBSERVA QUE LA COBERTURA DE LA POBLACIÓN LEGAL AUMENTA A UN RITMO MENOR.

LA OFERTA DE SERVICIOS, DE CONFORMIDAD CON LA POBLACIÓN QUE PROTEGE, EN MAYORES PROPORCIONES SE CONCENTRA EN CUATRO GRANDES INSTITUCIONES. EL I.M.S.S. OFRECE PROTECCIÓN AL 36% DE LA POBLACIÓN, LA SECRETARÍA DE SALUD AL 27%, EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD AL 10% Y EL I.S.S.S.T.E. AL NUEVE POR CIENTO (VER CUADRO 17).

¹⁰ SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETÍN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA 1991, MÉXICO, S.S.A. PAG. A87
¹¹ IBID. PAG. 488

CUADRO 17
COBERTURA POTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
(PORCENTAJE)

INSTITUCIÓN	1984	1985	1986	1990	1991	1992	1993
POB. POTENCIAL O LEGAL	86.7	82.9	84.5	85.1	85.8	86.7	86.9
- POBLACIÓN ABIERTA	33.6	33.5	36.6	37.8	38.8	39.0	40.3
SSA	17.1	20.4	24.2	24.8	25.8	27.0	27.1
IMSS - SOL	14.5	11.1	10.0	10.0	10.1	10.0	10.1
OTROS	2.0	2.0	2.4	3.1	2.9	2.0	3.1
- POB. DERECHAHABIENTE	43.1	49.4	47.9	47.5	47.0	47.7	46.6
IMSS	34.5	39.2	38.0	38.2	37.6	37.8	35.6
ISSSTE	6.9	8.3	8.0	8.0	8.2	8.2	8.6
OTROS	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.7	2.4
MEDICINA PRIVADA	4.9	4.0	3.9	3.0	3.9	3.4	3.5
POBLACIÓN PROTEGIDA	81.6	86.9	88.4	89.0	89.7	90.1	90.4
POBLACIÓN DESPROTEGIDA	18.4	13.1	11.6	11.0	10.3	9.9	9.6
POBLACIÓN TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
POBLACIÓN TOTAL (MILL. PERS.)	72.3	76.1	79.7	81.2	82.8	84.5	86.1

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE A LOS BOLETINES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LA SSA Y PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

3.2.5 COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTE LA INEXISTENTE DISPONIBILIDAD DE ESTADÍSTICAS SOBRE LOS PRECIOS A LOS QUE SE OFRECEN LOS SERVICIOS DE SALUD SE PUEDE INTENTAR EL ANÁLISIS A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO DE LOS ÍNDICES NACIONALES DE PRECIOS AL CONSUMIDOR. AL RESPECTO, SE PUEDE OBSERVAR QUE MIENTRAS EL ÍNDICE DE PRECIOS PARA LOS BIENES Y SERVICIOS DEDICADOS AL CUIDADO DE LA SALUD AUMENTÓ 82 VECES EN 1994 CON RESPECTO A 1983, EL CORRESPONDIENTE AL TOTAL DE LA CANASTA BÁSICA SOLAMENTE SE MULTIPLICÓ 61 UNIDADES.

ESTE CRECIMIENTO ACELERADO OBEDECE EN MAYOR MEDIDA A LA TENDENCIA QUE PRESENTA EL ÍNDICE DE PRECIOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE REGISTRA INCREMENTOS HASTA POR 62 OCASIONES DEL NÚMERO INICIAL, EN TANTO QUE EL RELATIVO A MEDICAMENTOS PRESENTÓ UN MÚLTIPLO DE 49. AL INTERIOR DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, LOS CRECIMIENTOS EN ORDEN DE MAYOR A MENOR SE DAN EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, ANÁLISIS CLÍNICOS,

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y HOSPITALIZACIÓN CON 79, 56, 51 Y 48 VECES, RESPECTIVAMENTE
(VER CUADRO 18)

CUADRO 18
ÍNDICES NACIONALES DE EFICIOS AL CONSUMIDOR Y DE
LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1994

ÍNDICE	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
INPC	100.0	165.5	261.0	486.1	1,126.9	2,413.3	2,846.2	3,668.1	4,499.3	5,197.1	5,703.9	6,101.2
SALUD	100.0	160.0	384.3	758.3	2,052.7	2,401.7	3,206.2	4,379.7	5,400.2	6,615.2	7,369.3	8,231.6
MEDICA.	100.0	152.7	229.1	668.1	1,900.9	1,832.4	2,070.6	2,362.6	2,889.6	3,461.6	4,153.9	4,885.0
S. MED.	100.0	153.0	251.4	475.1	1,264.7	1,608.2	2,309.4	3,355.6	4,197.5	5,113.9	5,625.3	6,182.2
CON.EXT	100.0	162.1	281.4	515.0	1,374.8	1,773.6	2,596.5	3,954.4	5,097.3	6,152.4	6,995.3	7,904.7
INTER.												
QUIR.	100.0	160.9	260.8	513.6	1,377.3	1,490.3	2,016.4	2,788.6	3,371.5	4,032.3	4,677.2	5,154.5
HOSP.	100.0	158.9	252.3	501.6	1,455.3	1,533.8	2,159.6	2,967.3	3,394.6	3,968.3	4,466.0	4,769.3
ANAL.												
CLIN.	100.0	148.9	245.8	454.1	1,187.4	1,475.9	2,092.8	2,662.0	3,442.0	4,361.0	5,015.2	5,667.2

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL BANCO DE MÉXICO. ÍNDICES DE PRECIOS, 1983-1994

ESTE CRECIMIENTO ACELERADO DE LOS PRECIOS DE LOS SERVICIOS SE PUEDE EXPLICAR A TRAVÉS DE LOS COMPONENTES DE LA PRODUCCIÓN BRUTA TOTAL¹². ASÍ, CERCA DE UNA CUARTA PARTE CORRESPONDE AL CONSUMO INTERMEDIO, REPRESENTADO POR LOS INSUMOS, 35% POR LOS COSTOS DE LOS SALARIOS Y 40% POR EL EXCEDENTE DE OPERACIÓN, ES DECIR, LAS GANANCIAS BRUTAS (VER CUADRO 19)

¹² VER RUIZ DE CHÁVEZ Y OTROS. ENFOQUE DE LA SALUD COMO SECTOR SOCIAL Y ECONÓMICO. SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO, 1988. PAG 42-52

CUADRO 19
 PRODUCCIÓN BRUTA TOTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1993
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

DESGLOSE	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PROD. BRUTA (MILL. N \$)	760	1,277	1,978	3,270	7,592	15,722	30,358	29,965	40,667	50,453	57,441
PROD. BRUTA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
C. INTERMEDIO	21.8	23.2	26.4	28.3	29.4	32.6	30.2	28.2	25.7	24.6	24.4
P. I. B.	78.2	76.8	73.6	71.7	70.6	67.4	69.8	71.8	74.3	75.2	75.6
SALARIOS	37.1	34.5	33.9	34.3	36.3	34.4	33.2	31.7	33.4	35.0	35.1
IMPUES INDIR.											
- SUBSIDIOS	0.4	0.5	0.2	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.4	0.5	0.5
EXCEDENTE DE OPERACIÓN	40.7	41.8	39.2	36.9	33.8	32.4	36.0	39.5	40.5	39.7	40.0

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO " CUENTAS DE PRODUCCIÓN A PRECIOS CORRIENTES Y CONSTANTES", 1980-1993 V.III

SIN EMBARGO, ESTA ESTRUCTURA CAMBIA PARA EL SECTOR PRIVADO Y PÚBLICO, EN VIRTUD DE QUE TIENEN UNA LÓGICA DIFERENTE DE PRODUCIR Y CONFORMAR LOS COSTOS. DE ESTA FORMA, EN EL SECTOR PRIVADO, EL CONSUMO INTERMEDIO PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1983 Y 1993, SIGNIFICA CERCA DE 18%, EN TANTO QUE EL EXCEDENTE DE OPERACIÓN ALCANZA LAS TRES CUARTAS PARTES DE LA PRODUCCIÓN BRUTA GENERADA POR EL MISMO. EN CAMBIO, LOS SALARIOS REPRESENTARON APROXIMADAMENTE 7 POR CIENTO. PARA ESTE ÚLTIMO COMPONENTE, CONVIENE DESTACAR QUE DURANTE EL LAPSO DE TIEMPO ANALIZADO, SE OBSERVA UNA DISMINUCIÓN CERCANA A LOS TRES PUNTOS PORCENTUALES, PRODUCTO POSIBLEMENTE DE LOS AJUSTES DE PERSONAL (VER CUADRO 20).

CUADRO 20
 PRODUCCIÓN BRUTA DEL SECTOR PRIVADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD 1984-1993
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

DESGLOSE	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PROD. BRUTA (MILL. N \$)	417	717	1,104	1,800	3,825	7,883	10,645	16,219	21,967	26,753	30,262
PROD. BRUTA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
C. INTERMEDIO	17.3	17.3	21.7	22.6	23.7	25.2	22.5	20.0	18.7	18.7	18.3
P.I.B.	82.7	82.7	78.3	77.4	76.3	74.8	77.5	80.0	81.3	81.3	81.7
SALARIOS	8.4	7.9	7.7	9.7	8.7	9.7	8.4	6.6	6.4	6.3	5.9
IMPUES. INDEF.											
- SUBSIDIOS	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	1.0	0.8	0.8	0.9	0.6	0.6
EXCEDENTE DE OPERACIÓN	73.6	74.1	69.7	66.9	66.8	64.1	68.4	72.6	74.0	74.4	75.2

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.C.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MEXICO "CUENTAS DE PRODUCCIÓN A PRECIOS CORRIENTES Y CONSTANTES" V. III Y "CUENTAS DE PRODUCCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO" 1983-1993

EN LO QUE SE REFIERE AL SECTOR PÚBLICO, LOS COMPONENTES DE CONSUMO INTERMEDIO Y SALARIOS TIENEN MAYOR SIGNIFICACIÓN. EN EL PERIODO DE ESTUDIO, EL PRIMERO INCREMENTÓ LA PARTICIPACIÓN EN LA PRODUCCIÓN BRUTA PÚBLICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AL PASAR DE 27.4% A 31.3%, EN TANTO QUE LAS REMUNERACIONES A TRABAJADORES DISMINUYÓ DE 72.0% A 67.5%, SITUACIÓN QUE OBEDECE, MÁS QUE A LOS RESPECTIVOS RECORTES DE PERSONAL, A LA POLÍTICA DE CONTENCIÓN SALARIAL EXISTENTE EN EL LAPSO DE TIEMPO QUE COMPRENDE ESTE ANÁLISIS, PUESTO QUE EL PERSONAL OCUPADO EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD SE INCREMENTÓ SUBSTANCIALMENTE, COMO SE MENCIONA EN EL INCISO 3.2.1. ADEMÁS, CONVIENE DESTACAR QUE EL EXCEDENTE DE OPERACIÓN PARA ESTE SECTOR ES CASI NULO (VER CUADRO 21).

CUADRO 21
 PRODUCCIÓN BRUTA DEL SECTOR PÚBLICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1993
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

DESGLOSE	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PROD. BRUTA (MILL. N \$)	343	560	874	1,470	3,767	7,639	9,713	13,746	18,700	23,700	27,179
PROD. BRUTA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
C. INTERMEDIO	27.4	30.7	32.4	35.3	35.1	40.0	38.7	37.7	39.9	31.7	31.3
P.I.B.	72.6	69.3	67.6	64.7	64.9	60.0	61.3	62.3	66.1	68.3	68.7
SALARIOS	72.0	68.4	67.0	64.3	64.5	59.3	60.5	61.4	65.3	67.2	67.5
IMPUES. INDIR.											
- SUBSIDIOS	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4
EXCEDENTE DE OPERACION	0.6	0.7	0.5	0.3	0.3	0.2	0.5	0.6	0.6	0.6	0.8

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO "CUENTAS DE PRODUCCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO" 1980-1993

3.3 LA DEMANDA DE SERVICIOS

EL DETERMINANTE FUNDAMENTAL DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD ESTÁ REPRESENTADO POR LOS RIEGOS Y DAÑOS A LA SALUD. EN EL PAÍS SE CONTEMPLA UNA DISMINUCIÓN PAULATINA DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL. SIN EMBARGO, EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO QUE OBSERVA LA REPÚBLICA MEXICANA SE CONSIDERA DE TRANSICIÓN, ES DECIR DONDE APARECEN LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE PAÍSES DESARROLLADOS Y LOS PADECIMIENTOS DE NACIONES ATRASADAS, CON UNA TENDENCIA A PREDOMINAR LA PRIMERAS, QUE EXIGEN TECNOLOGÍAS AVANZADAS Y COSTOSAS PARA EL TRATAMIENTO. AL MISMO TIEMPO, SE DA UN AUMENTO CONSTANTE DE LA MORBILIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y EN CONSECUENCIA, EL CRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS OTORGADOS.

NO OBSTANTE QUE EL 86% DE LA POBLACIÓN ESTÁ PROTEGIDA LEGALMENTE O EN FORMA POTENCIAL, SOLAMENTE SIETE DE CADA DIEZ PERSONAS DE ESTOS GRUPOS HACEN USO DE LOS SERVICIOS. ASIMISMO, EXISTE ENTRE LAS FAMILIAS MEXICANAS UNA PROPENSIÓN A DEDICAR CERCA DEL 4% DE LOS INGRESOS AL CUIDADO DE LA SALUD. ELLO SIN CONTAR LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE DETERIO DE LOS SALARIOS, QUE OBLIGA A CANALIZAR LAS PERCEPCIONES A OTROS FINES COMO LA ALIMENTACIÓN. POR LO TANTO, RESULTA CONVENIENTE ANALIZAR LA DEMANDA, DE LOS SERVICIOS MEDIANTE LAS SIGUIENTES VARIABLES.

3.3.1 COBERTURA REAL

PARA MEDIR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE EMPLEA EL CONCEPTO DE POBLACIÓN USUARIA, QUE "ES AQUEL SEGMENTO DE LA POBLACIÓN LEGAL O DE LA POBLACIÓN ABIERTA QUE HACE USO DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO"¹³. A TRAVÉS DE ÉSTE SE OBTIENE LA COBERTURA REAL DE LOS SERVICIOS, MISMA QUE CUANTIFICA LA DEMANDA Y QUE SE ENTIENDE COMO LA RAZÓN ARITMÉTICA ENTRE LA POBLACIÓN USUARIA Y LA POBLACIÓN TOTAL QUE PROTEGE ALGUNA INSTITUCIÓN, RELACIÓN NUMÉRICA QUE GENERALMENTE SE EXPRESA EN PORCENTAJE.

CON LOS DATOS DISPONIBLES SE OBSERVA QUE DE 1989 A 1993, APROXIMADAMENTE CERCA DE SIETE HABITANTES POR CADA DIEZ HACEN USO DE LOS SERVICIOS AL AÑO. MIENTRAS QUE LA COBERTURA REAL DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A POBLACIÓN ABIERTA DISMINUYÓ DE 73.4% A 66.8%, EN LOS ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL ESTE INDICADOR AUMENTA EN TRES PUNTOS PORCENTUALES. DESTACA ADEMÁS, QUE SÓLO EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, ATIENDE AL 100% DE LA POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD (VER CUADRO 22).

CUADRO 22
PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN LA POBLACIÓN LEGAL O POTENCIAL DE CADA INSTITUCIÓN
(PORCENTAJES)

INSTITUCIÓN	1989	1990	1991	1992	1993
POBLACIÓN USUARIA	67.4	52.8	64.8	65.1	67.0
- POBLACIÓN ABIERTA	73.7	69.2	64.8	64.4	66.8
SSA	63.1	55.2	49.3	52.2	55.6
IMSS - SOL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
OTROS	70.8	80.6	80.0	54.5	56.3
- POBLACIÓN DERECHAHABIENTE	62.5	60.8	64.9	64.7	66.1
IMSS	59.1	60.6	62.8	63.5	65.4
ISSSTE	70.5	55.6	65.2	69.8	71.9
OTROS	100.0	100.0	100.0	66.7	55.0

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS BOLETINES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LA SSA

¹³ SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETÍN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA. OP. CIT. PAG 488

3.3.2 MORTALIDAD Y MORBILIDAD

LA MORTALIDAD GENERAL ES UN INDICADOR QUE PERMITE CONOCER EL NIVEL DE SALUD ALCANZADO EN EL PAÍS, ADEMÁS, SI SE OBSERVAN LAS PRINCIPALES CAUSAS SE PUEDE OBTENER EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, INSTRUMENTO IMPORTANTE EN EL DISEÑO DE LA POLÍTICA DEL SECTOR, Y EN CONSECUENCIA EN LAS DECISIONES ECONÓMICAS, TODA VEZ QUE LA ATENCIÓN DE RIESGOS IMPLICA RECURSOS FINANCIEROS.

EN EL PAÍS EL NÚMERO DE DEFUNCIONES HA MOSTRADO UN CRECIMIENTO MÍNIMO EN EL PERIODO DE ESTUDIO, MIENTRAS QUE EN 1983 LA CIFRA ALCANZÓ UN TOTAL DE 413.4 MIL DEFUNCIONES, PARA 1993 FUE DE 416.3 MIL., LO QUE REPRESENTA SOLO UN INCREMENTO DEL 0.7% EN EL PERIODO, ELLO PROPICIA QUE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL SE REDUJERA DE 6.2 A 4.8 DECESOS POR 1,000 HABITANTES. LA MORTALIDAD MATERNA OBSERVO UN DESCENSO DEL 38.1%, AL PASAR DE 2.1 MIL DECESOS EN 1983 A 1.3 MIL EN 1993; POR LO QUE RESPECTA A LA POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO, REGISTRÓ UN DECREMENTO DEL 36.8% AL REDUCIRSE DE 78.5 MIL DEFUNCIONES A 49.6 MIL.; EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS (POBLACIÓN EN EDAD PREESCOLAR), SE PRESENTÓ UN DESCENSO DEL 48%, AL MODIFICARSE LAS CIFRAS DE 22.1 MIL MUERTES A 11.5 MIL.; EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS (POBLACIÓN ESCOLAR) EL DECREMENTO FUE DEL 32.3% AL DARSE 12.7 MIL CASOS Y 8.6 MIL. RESPECTIVAMENTE; EN LO QUE CORRESPONDE A LA POBLACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EDAD PRODUCTIVA, SE REGISTRO UN INCREMENTO DEL 9.8% AL PASAR DE 146.1 MIL FALLECIMIENTOS A 160.4 MIL. SITUACIÓN SIMILAR OBSERVÓ EL GRUPO RESTANTE, QUE DENOTÓ UN INCREMENTO DEL 21.7%, EN VIRTUD QUE EL NÚMERO DE DEFUNCIONES ACAECIDAS FUE DE 151.9 Y 184.9 MIL PARA LOS AÑOS EXTREMOS EN EL PERIODO ANALIZADO (VER CUADRO 23).

CUADRO 23
MORTALIDAD
MILES DE DEFUNCIONES

AÑO	GENERAL	MATERNA	I N F A N T I L			E. PRODUCT	OTRO
			< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS		
1983	413.4	2.1	78.5	22.1	12.7	146.1	151.9
1984	410.6	2.1	73.2	21.0	12.5	147.6	154.2
1985	414.0	1.7	66.6	20.5	12.8	150.9	161.5
1986	400.1	1.7	60.5	19.3	12.0	148.1	158.5
1987	408.9	1.5	62.2	19.6	11.6	148.3	165.7
1988	413.0	1.5	59.9	18.1	11.7	149.8	172.0
1989	423.3	1.5	67.3	19.7	11.7	151.7	171.4
1990	422.8	1.5	65.4	20.1	11.9	150.8	173.1
1991	411.1	1.4	57.1	13.4	9.8	152.9	176.5
1992	409.8	1.4	52.5	11.1	8.7	157.0	179.1
1993	416.3	1.3	49.6	11.5	8.6	160.4	184.9

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

POR LO QUE SE REFIERE A LAS CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD, EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO REFLEJA LA TRANSICIÓN DE UN PERFIL DE PAÍS SUBDESARROLLADO AL DE NACIONES DESARROLLADAS. EN CONSECUENCIA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL FUERON:

- LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN SE HAN CONVERTIDO EN LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN MÉXICO, YA QUE PARA 1993 ALCANZARON LA CIFRA DE 63.2 MIL DEFUNCIONES Y EN 1983 OCUPABA EL SEGUNDO LUGAR CON 49.3 MIL DECESOS.
- LOS ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS EN 1983 OCUPABAN EL PRIMER LUGAR DE MUERTES CON UNA CIFRA DE 60.6 MIL, PARA 1993 LA CIFRA DESCENDE A 58.2 MIL CASOS LO QUE REPRESENTA UN DECREMENTO DEL 4%, Y SE UBICA EN EL SEGUNDO LUGAR DE LA MORTALIDAD GENERAL.
- CIERTAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL EN 1993, A PESAR DE QUE SE OBSERVA UN DECREMENTO DEL 12.1% DE DEFUNCIONES AL PASAR DE 23.9 MIL A 21 MIL DECESOS, PARA 1993 SE SITÚA COMO LA TERCERA CAUSA DE MORTALIDAD, MIENTRAS QUE EN 1983 OCUPABA EL QUINTO LUGAR.

- LA NEUMONÍA, INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ENTRE 1983 Y 1993 MANTUVIERON EL CUARTO LUGAR, PARA 1993 SE OBSERVA UN DESCENSO DEL 26% AL PASAR DE 27.7 MIL A 20.5 MIL FALLECIMIENTOS.
- LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES EN 1993 OCUPARON EL QUINTO LUGAR EN LA MORTALIDAD GENERAL, NO OBSTANTE EL DECREMENTO DEL 61.4% CON RESPECTO A 1983, EN VIRTUD DE QUE EL NÚMERO DE CASOS SE SITÚA EN 34.2 MIL Y 13.2 MIL CASOS RESPECTIVAMENTE. EN 1983 OCUPABA LA TERCERA POSICIÓN (VER CUADRO 24).

CUADRO 24
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
MILES DE DEFUNCIONES

CAUSA	1983	1988	1989	1990	1991	1992	1993
NEUMONÍA, INFLUENZA Y OTRAS INF RESP.	27.7	21.8	25.2	24.8	21.7	20.8	20.5
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	34.2	25.6	23.9	22.2	18.8	14.2	13.2
ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	60.6	60.6	59.8	58.9	59.4	60.1	58.2
CIERTAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MOR- TALIDAD PERINATAL.	23.9	22.1	23.6	23.1	22.4	21.8	21.0
ENF. DEL CORAZÓN, EXCEPTO FIEBRE REUMÁTICA.	49.3	54.3	56.3	58.0	58.9	60.1	63.2
LAS DEMÁS CAUSAS	217.7	228.6	234.5	235.8	229.9	232.8	240.2
T O T A L	413.4	413.0	423.3	422.8	411.1	409.8	416.3

FUENTES: CUADRO ELABORADO CON BASE EN ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOB.

LA MORTALIDAD EN EL GRUPO DE MENORES DE UN AÑO CONSTITUYE UNO DE LOS INDICADORES DE SALUD DE MAYOR SENSIBILIDAD PARA MEDIR LAS CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PREVALECIENTES EN LA POBLACIÓN. ENTRE OTROS ASPECTOS, CAPTA INDIRECTAMENTE LA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD.

ENTRE 1983 Y 1993, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL,¹⁴ FUERON:

- LAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL OCUPARON EL PRIMER LUGAR CON 21.9 MIL CASOS Y 20.9 MIL RESPECTIVAMENTE, LO QUE REPRESENTO UN DECREMENTO DEL 4.6 POR CIENTO.

¹⁴ LA MORTALIDAD INFANTIL SE REFIERE A LAS DEFUNCIONES EN MENORES DE UN AÑO, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL SECTOR.

- LA NEUMONÍA, INFLUENZA Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PASARON DEL TERCER LUGAR AL SEGUNDO A PESAR DE DISMINUIR EN 50.4% LOS 14.1 MIL CASOS REGISTRADOS EN 1983.
- LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO SE DESPLAZARON DEL CUARTO LUGAR AL TERCERO Y EN NÚMEROS ABSOLUTOS ALCANZARON UN INCREMENTO DEL 25.9% AL OBSERVAR 5.4 MIL Y 6.8 MIL MUERTES, RESPECTIVAMENTE.
- LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES, PRESENTAN UNA TENDENCIA DESCENDENTE, AL PASAR DE 18.7 MIL FALLECIMIENTOS A 4.7 MIL, LO QUE REPRESENTA UN DECREMENTO DE 74.9%, SITUACIÓN QUE ORIGINA EL DESPLAZAMIENTO DE LA POSICIÓN SEGUNDA AL CUARTO LUGAR.
- LAS AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES PASAN DE LA POSICIÓN SEXTA AL QUINTO LUGAR, AL MOVERSE DE 1.2 MIL DEFUNCIONES A 1.6 MIL, QUEDA COMO RESULTADO UN INCREMENTO DEL 33.3 POR CIENTO (VER CUADRO 25).

CUADRO 25
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, EN POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO.
MILES DE DEFUNCIONES

CAUSA	1983	1988	1989	1990	1991	1992	1993
CIERTAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL.	21.9	20.1	22.6	23.1	22.1	21.8	20.9
NEUMONÍA, INFLUENZA Y OTRAS INF. RESP.	14.1	8.4	11.9	10.1	9.6	8.1	7.0
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	18.7	10.9	10.4	9.9	7.7	5.2	4.7
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	1.5	1.0	1.1	0.5	0.7	0.7	0.7
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	5.4	6.3	7.0	7.1	8.9	7.0	6.8
AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	1.2	3.1	3.0	2.6	2.1	1.7	1.6
LAS DEMÁS CAUSAS	15.4	10.1	11.4	11.8	8.6	8.0	7.2
T O T A L	78.5	59.9	67.5	65.5	67.1	52.5	49.6

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE SOB.

POR OTRA PARTE, LA MORTALIDAD MATERNA, ADEMÁS DE SER UN INDICADOR DEL NIVEL DEL BIENESTAR SOCIAL ALCANZADO POR LA POBLACIÓN, ÉSTA PERMITE EVALUAR LA COBERTURA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD, AL ANALIZAR EL NÚMERO DE MUERTES OCURRIDO EN LA POBLACIÓN FEMENINA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO.

EN EL PERIODO DE REFERENCIA, LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA, OBEDECIÓ A LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, QUE EN 1993 REGISTRÓ 493 DECESOS CON UN DECREMENTO DEL 39.1% CON RESPECTO A 1983.

LAS TOXEMIAS DEL EMBARAZO Y PUERPERIO, ASÍ COMO LAS HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO REPRESENTARON LA SEGUNDA Y TERCERA CAUSA DE MUERTE MATERNA, NO OBSTANTE QUE AMBAS MOSTRARON DECREMENTOS CON RESPECTO A 1983 DEL 33.2% Y 30.8% RESPECTIVAMENTE (VER CUADRO 26).

CUADRO 26
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
DEFUNCIONES

CAUSA	1983	1988	1989	1990	1991	1992	1993
OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	810	585	568	568	563	515	493
HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	426	405	389	341	326	379	295
TOXEMIAS DEL EMBARAZO Y DEL PUERPERIO	479	324	324	377	346	350	320
LAS DEMÁS CAUSAS	416	208	237	191	177	155	160
T O T A L	2,131	1,522	1,518	1,477	1,414	1,399	1,268

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE SOB.

EN LO QUE SE REFIERE A LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL EGRESO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (S.N.S.), DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO 1991-1993, EL PARTO NORMAL OCUPÓ EN AMBOS AÑOS EL PRIMER LUGAR CON UN INCREMENTO PORCENTUAL DE 7.6%, AL PASAR DE 710.6 MIL EGRESOS A 764.9 MIL; LAS AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS OCUPARON EL SEGUNDO LUGAR AL DESPLAZARSE DE 494.1 MIL CASOS A 587.4 MIL, LO QUE SIGNIFICÓ UN INCREMENTO DEL 18.9%; POR SU PARTE, LOS TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS OCUPARON EL TERCER LUGAR AL REGISTRAR UN INCREMENTO DEL 17.9% EN VIRTUD DE PASAR DE 209.4 MIL EGRESOS A 246.9 MIL Y LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO EN 1993 APARECIERON EN EL CUARTO SITIO, MIENTRAS QUE EN 1983 NO FIGURABA DENTRO DE LAS VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN EL S.N.S.; CABE SEÑALAR QUE EN EL ÚLTIMO AÑO DEL LAPSO ANALIZADO LOS

ABORTOS SE CONVIERTEN EN LA QUINTA CAUSA MIENTRAS QUE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO FIGURARON EN LA SEXTA.

POR LO QUE RESPECTA A LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN INSTITUCIONES PARA POBLACIÓN ABIERTA (CONSIDERANDO ÚNICAMENTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES, S.S.A. E IMSS-SOLIDARIDAD), SE OBSERVA QUE LAS CUATRO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS SE MANTUVIERON EN LAS MISMAS POSICIONES DURANTE LOS AÑOS 1991-1993 MOSTRANDO LOS SIGUIENTES INCREMENTOS: PARTO NORMAL, 19.1%; AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS, 38.2%; TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS, 23.8%; ABORTOS, 23.3%; MIENTRAS QUE LAS FRACTURAS EN 1991 NO APARECÍAN DENTRO DE LAS VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, YA PARA 1993 ASCIENDEN AL QUINTO LUGAR CON 25.2 MIL CASOS. EN CUANTO A INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A POBLACIÓN DERECHOHABIENTE (ÚNICAMENTE I.M.S.S. E I.S.S.S.T.E.), SE DETECTA QUE LAS TRES PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS SE MANTUVIERON DURANTE EL PERIODO (1991-1993) MOSTRANDO LOS SIGUIENTES INCREMENTOS: PARTO NORMAL, 2.5%; AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS, 14%; TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS, 15.7%; EN EL CASO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO EN 1991 NO SE ENCONTRABA INCLUIDA DENTRO DE LA LISTA DE LAS VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA Y PARA 1993 OCUPA EL CUARTO LUGAR CON 108.6 MIL. CASOS; MIENTRAS QUE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO QUE EN 1991 OCUPABAN EL CUARTO LUGAR, PARA 1993 SON DESPLAZADAS A LA QUINTA POSICIÓN (VER CUADROS 27 Y 28).

CUADRO 27
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EGRESO
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1991 (CIFRAS EN MILES)

CAUSA	P.O.B. ABIERTA		P. DERECHOHAB.		OTROS	TOTAL
	SSA	IMSS/ SOL	IMSS	ISSSTE	1/	S.N.S.
ABORTO	37.6	6.1	59.4	11.1	5.9	100.1
AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS	104.1	17.2	319.4	39.1	14.3	494.1
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	7.1	1.0	33.9	3.7	2.8	48.5
APENDICITIS	8.2	1.4	28.6	5.3	3.3	46.8
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	3.8	0.9	22.0	5.4	3.4	35.5
DIABETES MELLITUS	6.6	1.4	47.4	9.0	3.6	68.0
ENF. DEL OJO Y SUS ANEXOS	3.0	0.2	40.4	4.8	3.4	51.6
ENF DEL SIST OSTEOMUSC Y TEJ CONJUNTIVO	3.8	0.5	54.9	7.8	5.9	72.9
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	20.1	3.4	40.1	8.4	10.7	62.7
ENF CRÓNIC DE AMÍGDALAS Y VEGET ADENOID		0.4	15.6	3.4	1.6	21.0
ENF. DEL APARATO URINARIO	5.8	1.0	71.6	19.3	12.4	101.1
HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	10.0	4.1	44.0	7.5	4.2	69.8
NEUMONÍA	8.4	1.7	23.5	3.7	3.7	41.0
PARTO NORMAL	198.0	41.5	390.6	44.8	35.7	710.6
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	48.6	3.6	122.4	16.8	13.0	203.4
TUMOR BENIGNO DEL ÚTERO	4.2	1.0	17.2	4.5	1.7	28.6
PROLAPSO VAGINAL	3.0	1.5	14.9	3.9	1.2	24.4
TUBERCULOSIS	2.3	0.8	4.6	0.4	0.5	8.6
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	0.4	0.1	15.6	0.7	0.4	17.2
TRANSTORNOS MENTALES	2.2	0.1	10.1	1.3	1.7	15.4
LAS DEMÁS CAUSAS	129.0	29.6	574.8	105.7	74.4	913.5
T O T A L	606.2	117.5	1950.9	370.6	208.8	3184.0

1/ CONSIDERA OTROS ORGANISMOS TANTO DE POBLACION ABIERTA COMO DE DERECHOHABIENTE

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE A ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA SSA

CUADRO 28
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EGRESO
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1993 (CIFRAS EN MILES)

CAUSA	POB. ABIERTA		P. DERECHOHAB		OTROS 1/	T O T S.N.S.
	SSA	INSS/ SOL	IMSS	ISSSTE		
ABORTO	46.6	7.3	60.1	10.7	5.6	130.3
AFECCIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS	144.4	23.2	365.1	43.6	11.1	587.4
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	12.4	1.1	39.6	3.7	2.5	59.3
APENDICITIS	12.1	1.9	32.7	5.4	2.9	55.0
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	5.9	1.2	26.3	5.8	3.4	42.6
DIABETES MELLITUS	11.8	1.6	54.7	10.3	3.3	81.9
ENF. DEL OJO Y SUS ANEXOS			31.3	5.3	4.8	41.4
ENF DEL SIST OSTEOMUSC Y TEJ CONJUNTIVO	14.4	0.6	63.4	9.2	3.8	91.4
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	19.8	3.8	40.1	9.0	10.1	82.8
ENF CRÓNIC DE AMÍGDALAS Y VEGET ADENOID			17.3	3.5	3.6	24.4
ENF. DEL APARATO URINARIO	9.1	1.5	93.9	13.5	4.5	122.5
ENF. DEL APARATO CIRCULATORIO	14.5	3.0	93.6	15.0	5.3	131.4
FRACTURAS	25.2		66.7	9.7	7.9	109.5
HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	12.4	4.7	49.4	8.5	2.7	77.7
NEUMONÍA	10.3	2.1	23.4	3.7	2.8	42.3
PARTO NORMAL	233.9	51.3	404.6	41.5	33.6	764.9
TRAUMAT INT E INTRACRAN, INCLUSO NERV	7.2	0.7			21.3	29.2
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	60.3	4.3	141.2	19.9	21.2	246.9
TUMOR BENIGNO DEL ÚTERO	5.1	1.4	19.9	5.6	1.2	33.2
TUMORES MALIGNOS	6.6	0.9	57.3	7.5	1.6	74.1
ENVENENAMIENTOS Y EFECTOS TÓXICOS	4.0					4.0
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3.6	0.7	16.0			20.3
EROLAPSO VAGINAL		1.4		3.9		5.3
TUBERCULOSIS		0.6				0.6
LAS DEMÁS CAUSAS	121.1	34.3	563.1	73.1	6.7	798.3
T O T A L	780.7	147.8	2259.7	308.4	160.1	3656.7

1/ CONSIDERA OTROS ORGANISMOS TANTO DE POBLACIÓN ABIERTA COMO DE DERECHOHABIENTE

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA SSA

3.3.3 INGRESOS PERSONALES Y GASTOS EN SALUD

UN ELEMENTO FUNDAMENTAL QUE INCIDE EN LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD ES EL INGRESO PERCIBIDO POR LA POBLACIÓN. EN EL PAÍS, DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO EL CONTROL SOBRE EL CRECIMIENTO DE LOS SALARIOS SE HA UTILIZADO COMO ANCLA DEL PROCESO INFLACIONARIO. ELLO HA PROVOCADO QUE EL SALARIO REAL SE MANTENGA EN 0.43 NUEVOS PESOS DE 1983, CON LA PÉRDIDA DE 47% DEL PODER ADQUISITIVO EN LA DÉCADA ANALIZADA (VER CUADRO 29).

CUADRO 29
SALARIOS MÍNIMOS GENERALES URBANOS A PRECIOS CORRIENTES
Y CONSTANTES, ÍNDICES DE CRECIMIENTO Y DEL
PODER ADQUISITIVO

AÑOS	SALARIO MÍNIMO GENERAL		ÍNDICES	
	N \$ CORRIENTES	N\$ DE 1983	SALARIO MÍNIMO	PODER ADQUIS.
1983	0.43	0.43	100.0	100.0
1984	0.66	0.43	154.2	73.2
1985	1.47	0.61	240.0	92.0
1986	2.76	0.53	519.0	166.9
1987	5.50	0.43	1,273.0	113.0
1988	7.83	0.47	1,680.2	69.6
1989	9.06	0.43	2,088.5	73.7
1990	10.79	0.43	2,498.9	68.1
1991	12.08	0.43	2,799.4	62.2
1992	12.08	0.43	2,799.4	53.9
1993	13.03	0.43	3,025.4	53.0
1994	13.97	0.43	3,236.4	53.0

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL BANCO DE MÉXICO.
ÍNDICES DE PRECIOS 1983-1994

ESTA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE COMPRA, AUNADO AL CRECIMIENTO ACELERADO DE LOS PRECIOS EN EL SECTOR PRIVADO, "HA PROVOCADO UN INCREMENTO EN LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, QUE HA SIDO CUBIERTA A COSTA DE UN DETERIORO RELATIVO DE LA CAPACIDAD REAL DE LA ATENCIÓN EN ALGUNAS ÁREAS"¹³

DE ACUERDO CON LA ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS LEVANTADA POR EL INEGI EN 1992, DE 17.8 MILLONES DE HOGARES, 75.8% SE ENCUENTRAN EN LOCALIDADES CON MÁS DE 2,500 HABITANTES Y 24.2% EN ASENTAMIENTOS MENORES DE ESTE RANGO. DEL TOTAL NACIONAL DE FAMILIAS 52.2% PERCIBEN HASTA TRES SALARIOS MÍNIMOS GENERALES (S.M.G.) Y HASTA UNO 14.6%, PROPORCIÓN QUE AUMENTA A 37.2% EN ZONAS DE BAJA DENSIDAD DE POBLACIÓN (VER CUADRO 30).

¹³ RUIZ DE CHÁVEZ Y OTROS. OP. CIT. PAG. 41

EN ESE AÑO, 3.8% DEL TOTAL DEL GASTO DE LOS HOGARES SE ORIENTABA AL CUIDADO DE LA SALUD, UN PUNTO PORCENTUAL MÁS QUE EN 1983. EN LOCALIDADES DE MÁS DE 2,500 HABITANTES LA PROPORCIÓN ES SIMILAR AL REGISTRO NACIONAL, EN TANTO QUE EN COMUNIDADES DE MENOR CONCENTRACIÓN HUMANA, EL NÚMERO AUMENTA A 5.3 POR CIENTO (VER CUADRO 31).

CUADRO 30
HOGARES POR MÚLTIPLO DE SALARIO MÍNIMO GENERAL
Y POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD EN 1992

MÚLTIPLOS	LOCALIDAD	NACIONAL	LOCALIDAD	
			MÁS 2,500 HAB.	MENOS 2,500 HAB.
TOTAL HOGARES (MILLONES)		17.8	13.5	4.3
POR MÚLTIPLOS DE SMG		100.0	100.0	100.0
0.00 a 1.00		14.6	8.1	37.2
1.01 a 3.00		37.6	35.6	44.1
3.01 a 6.00		27.0	30.4	14.0
6.01 Y MÁS		20.8	25.9	4.7

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 1992

CUADRO 31
 ORIENTACIÓN DEL GASTO EN HOGARES 1983 Y 1992
 (PORCENTAJE)

ORIENTACIÓN	LOCALIDAD		LOCALIDAD			
	NACIONAL		MÁS 2,500 HAB.		MENOS DE 2,500 HAB.	
	1983	1992	1983	1992	1983	1992
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ALIMENTOS Y BEBIDAS	43.8	32.6	42.4	31.0	42.2	45.8
VESTIDO Y CALZADO	7.8	5.9	7.9	6.0	7.2	6.1
VIVIENDA Y SERVICIOS 1/	7.8	23.8	8.2	24.6	5.8	17.6
ENSERES DOMÉSTICOS	8.4	6.2	8.3	6.1	8.4	6.1
SALUD	2.8	3.8	2.8	3.6	2.8	5.3
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	13.6	12.2	14.2	12.5	13.3	9.9
EDUCACIÓN Y ESPARCIMIENTO	8.9	9.8	9.3	10.6	6.7	4.6
OTROS BIENES Y SERVICIOS	6.9	5.7	8.9	5.6	4.6	4.6

1/ EN 1992 INCLUYE EL ALQUILER DE VIVIENDA

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. PARA 1983, ESTADÍSTICAS HISTÓRICAS, 1984; Y 1992, ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 1992

DEL TOTAL DE RECURSOS CANALIZADOS A LA SALUD, 55.6% FUE GASTADO EN ATENCIÓN AMBULATORIA, EN DONDE LA CONSULTA EXTERNA IMPLICÓ 22.3 POR CIENTO; LA ATENCIÓN HOSPITALARIA, 14.8 POR CIENTO; SERVICIOS MÉDICOS DURANTE EL PARTO Y LA COMPRA DE MEDICAMENTOS SIN RECETA 7.4% RESPECTIVAMENTE. CABE SEÑALAR QUE A NIVEL NACIONAL, SÓLO 3.7% DEL GASTO FAMILIAR EN SALUD SE DESTINÓ A LA ADQUISICIÓN DE SEGUROS MÉDICOS.

EL GASTO DE LOS HOGARES RELATIVO A LA SALUD EN LOCALIDADES MAYORES DE 2,500 HABITANTES CASI MANTIENE EL MISMO ESQUEMA QUE A NIVEL NACIONAL. EN CUANTO A LAS FAMILIAS QUE RESIDEN EN ASENTAMIENTOS DE MENOR CONCENTRACIÓN LAS EROGACIONES SE EFECTÚAN EN CUATRO RENGLONES A PARTES IGUALES, CONSULTA MÉDICA, MEDICAMENTOS BAJO

RECETA, ATENCIÓN HOSPITALARIA, Y SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO (VER CUADRO 32).

CUADRO 32
ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD DE LOS HOGARES
NACIONAL Y POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD EN 1992
(PORCENTAJE)

ORIENTACIÓN	LOCALIDAD NACIONAL	LOCALIDAD	
		MÁS 2,500 HAB.	MENOS 2,500 HAB.
TOTAL	100.0	100.0	100.0
ATENCIÓN AMBULATORIA	55.6	56.5	50.0
CONSULTA MÉDICA	22.3	21.7	25.0
CONSULTA DENTAL	11.1	8.7	0.0
MEDICAMENTOS (RECETA)	14.8	17.4	25.0
OTROS SERVICIOS	7.4	8.7	0.0
ATENCIÓN HOSPITALARIA 1/	14.8	13.0	25.0
SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS EMBARAZO	3.7	4.3	25.0
SERVICIOS MÉDICOS DURANTE EL PARTO	7.4	8.9	0.0
MEDICAMENTOS SIN RECETA	7.4	6.8	0.0
APARATOS ORTOPÉDICOS Y TERAPÉUTICOS	7.4	4.3	0.0
SEGUROS MÉDICOS	3.7	4.3	0.0

1 NO INCLUYE HOSPITALIZACIÓN POR PARTO

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN DATOS DEL I.N.E.G.I. ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 1992

3.3.4 SERVICIOS OTORGADOS

LOS SERVICIOS OTORGADOS ASOCIADOS A UNA MAYOR DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA OBSERVARON INCREMENTOS SIGNIFICATIVOS. EN CUANTO A CONSULTAS TOTALES, EN 1983 SE OTORGARON 116.4 MILLONES DE CONSULTAS Y PARA 1993 LA CIFRA ES DE 160.7 MILLONES LO QUE

REPRESENTÓ UN INCREMENTO DEL 38.1 POR CIENTO. DEL TOTAL SECTORIAL, LAS INSTITUCIONES DEL RÉGIMEN DE POBLACIÓN ABIERTA PARTICIPARON CON EL 23.6% Y EL 30.4% EN LOS AÑOS DE ESTUDIO, Y LAS DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE CON EL 76.4% Y EL 69.6% RESPECTIVAMENTE. CABE SEÑALAR QUE EL NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, AUMENTARON EN 25.8%, MIENTRAS QUE LAS REGISTRADAS PARA LA POBLACIÓN ABIERTA AUMENTARON EN MAYOR PROPORCIÓN ES DECIR UN 77.8% AL PASAR DE 27.5 A 48.9 MILLONES DE CONSULTAS OTORGADAS EN LOS AÑOS DE REFERENCIA (VER CUADRO 33).

CUADRO 33
CONSULTA EXTERNA TOTAL
(MILLONES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	27.5	18.6	7.8	1.1	88.9	66.5	15.8	6.6	116.4
1984	26.4	16.8	7.9	1.7	95.8	71.4	16.1	8.3	122.2
1985	28.5	18.9	7.7	1.9	95.2	71.7	16.0	7.5	123.7
1986	31.0	23.4	5.6	2.0	95.5	71.6	16.9	7.0	126.5
1987	35.6	27.9	5.7	2.0	100.5	74.7	18.4	7.4	136.1
1988	38.0	30.6	5.3	2.1	102.6	76.1	18.5	8.0	140.6
1989	40.7	34.0	4.7	2.0	101.3	75.6	17.7	8.0	142.0
1990	42.0	34.8	5.2	2.0	102.3	78.7	17.4	6.2	144.9
1991	44.3	36.0	6.1	2.2	103.5	79.1	17.6	6.8	147.8
1992	44.8	35.6	7.0	2.2	106.6	81.0	17.9	7.7	151.4
1993	48.9	38.9	7.7	2.3	111.3	86.2	18.6	7.0	150.7

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

EN LOS MISMOS AÑOS DE ESTUDIO, LA CONSULTA EXTERNA GENERAL OBSERVA UN AUMENTO DEL 40.9% Y UNA T.M.A.C. DE 3.5 AL PASAR DE 77.2 MILLONES DE CONSULTAS A 108.8 MILLONES. LOS ESTABLECIMIENTOS PARA POBLACIÓN ABIERTA EN 1983 PROPORCIONARON 19.0 MILLONES DE CONSULTAS GENERALES, LAS CUALES REPRESENTAN EL 24.6% DEL TOTAL SECTORIAL; PARA 1993 LAS CIFRAS ASCIENDEN A 36.9 MILLONES DE CONSULTAS Y LA PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL SECTORIAL A 33.9 POR CIENTO. POR SU PARTE, LAS QUE ATIENDEN A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, EN 1983 OTORGARON 58.2 MILLONES DE CONSULTAS, CANTIDAD QUE SIGNIFICA 75.4% DEL TOTAL SECTORIAL; PARA 1993 EL NÚMERO DE CONSULTAS ASCIENDE A 71.9 MILLONES, PERO LA PROPORCIÓN CON RESPECTO AL TOTAL SECTORIAL, DISMINUYE AL 66.1 POR CIENTO (VER CUADRO 34).

CUADRO 34
CONSULTA EXTERNA GENERAL
(MILLONES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SEA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	19.0	11.7	7.3	0.0	58.2	45.1	9.9	3.2	77.2
1984	18.3	10.6	7.3	0.4	63.7	48.9	10.3	4.5	82.0
1985	18.5	11.1	7.0	0.4	63.1	49.2	9.9	4.0	81.6
1986	27.3	11.7	5.1	0.5	63.2	49.0	10.7	3.5	90.5
1987	29.0	23.4	5.1	0.5	67.1	51.6	11.8	3.7	96.1
1988	29.7	24.4	4.7	0.6	68.9	52.6	12.0	4.3	98.6
1989	32.0	27.3	4.1	0.6	66.5	51.6	11.4	3.5	98.5
1990	32.6	27.6	4.5	0.5	67.8	53.0	11.9	2.9	100.4
1991	34.3	28.3	5.5	0.5	66.6	52.0	12.0	2.6	100.9
1992	34.5	27.9	6.2	0.4	68.3	52.8	12.0	3.5	102.8
1993	36.9	29.6	6.8	0.5	71.9	56.3	12.5	3.1	108.8

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

EN LO QUE SE REFIERE AL NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS SE PRESENTÓ UN AUMENTO DEL 37.4% Y UNA T.M.A.C. DE 3.2% AL OSCILAR DE 18.2 MILLONES DE CONSULTAS A 25.0 MILLONES, EN LOS AÑOS DE REFERENCIA. A LA POBLACIÓN ABIERTA SE LE OTORGARON 2.3 MILLONES EN 1983 QUE EQUIVALEN AL 12.6% DEL TOTAL SECTORIAL Y PARA 1993 EL NÚMERO DE CONSULTAS ASCIENDE A 5.1 MILLONES, QUE SIGNIFICA EL 20.4% DEL TOTAL DEL CONJUNTO DE INSTITUCIONES ANALIZADAS. EN CONTRASTE, EL RELATIVO A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE EN 1983 SE LE DAN 15.9 MILLONES DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, QUE REPRESENTARON EL 87.4% DEL TOTAL SECTORIAL Y PARA 1993 SE PROPORCIONAN 19.9 MILLONES QUE EQUIVALEN AL 79.6% DEL TOTAL DE INSTITUCIONES CONSIDERADAS EN EL ANÁLISIS (VER CUADRO 35).

CUADRO 35
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
(MILLONES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	SECTORIAL
1983	2.3	1.7	0.1	0.5	15.9	10.3	3.4	2.2	18.2
1984	1.7	0.8	0.1	0.8	16.3	10.1	3.4	2.8	18.0
1985	1.8	0.9	0.1	0.8	16.1	9.9	3.6	2.6	17.9
1986	1.8	1.1	0.1	0.6	16.2	10.0	3.6	2.6	18.0
1987	2.2	1.5	0.1	0.6	16.7	10.1	3.8	2.8	18.9
1988	3.3	2.5	0.1	0.7	15.7	10.2	3.7	1.8	19.0
1989	3.6	2.9	0.1	0.6	17.0	10.6	3.6	2.8	20.6
1990	3.9	3.1	0.2	0.6	17.4	11.3	3.7	2.4	21.3
1991	4.1	3.3	0.2	0.6	18.1	11.8	3.8	2.5	22.2
1992	4.0	3.2	0.2	0.6	19.1	12.5	4.0	2.6	23.1
1993	5.1	4.2	0.2	0.7	19.9	13.1	4.3	2.5	25.0

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

EN 1983 SE APLICARON 51 MILLONES DE DOSIS Y PARA 1993 LA CANTIDAD ALCANZA UNA CIFRA DE 90 MILLONES DE DOSIS LO QUE SIGNIFICA UN INCREMENTO DEL 76.5 POR CIENTO. ESTE COMPORTAMIENTO OBEDECIÓ A QUE EL NÚMERO DE DOSIS APLICADAS A LA POBLACIÓN ABIERTA, REGISTRÓ UN INCREMENTO DEL 185.0% AL PASAR DE 20 A 57 MILLONES, MIENTRAS QUE LAS RELATIVAS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AUMENTARON UN 6.5% AL PASAR DE 31 A 33 MILLONES EN LOS AÑOS DE REFERENCIA (VER CUADRO 36).

CUADRO 36
DÓSIS APLICADAS DE BIOLÓGICOS
(MILLONES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	SECTORIAL
1983	20	12	8	0	31	28	3	0	51
1984	24	13	11	0	34	31	3	0	58
1985	26	15	11	0	36	33	2	1	62
1986	39	31	8	0	28	23	4	1	67
1987	39	32	7	0	26	22	4	0	65
1988	38	32	5	1	26	21	4	1	64
1989	39	33	6	0	28	23	4	1	67
1990	51	43	6	2	32	26	5	1	83
1991	51	43	8	0	40	36	3	1	91
1992	63	53	9	1	31	26	4	1	94
1993	57	46	9	0	33	27	5	1	90

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

LOS EGRESOS HOSPITALARIOS PRESENTARON LA MISMA ESTRUCTURA Y TENDENCIAS QUE LOS SERVICIOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS, ASÍ EN 1983 SE REGISTRARON 3.113 MILLONES DE EGRESOS Y PARA 1993 ALCANZA UNA CIFRA DE 3.609 MILLONES, LO CUAL SIGNIFICA UN INCREMENTO DEL 15.9 POR CIENTO. EN ESTE COMPORTAMIENTO EL NÚMERO DE EGRESOS DE PERSONAS CONSIDERADAS COMO POBLACIÓN ABIERTA, ES DE 0.809 Y 1.262 MILLONES, MIENTRAS QUE LOS RELATIVOS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AUMENTARON 1.9% AL PASAR DE 2.304 A 2.347 MILLONES EN LOS AÑOS DE REFERENCIA. DEL TOTAL SECTORIAL, LOS EGRESOS EN INSTITUCIONES DE POBLACIÓN ABIERTA REPRESENTARON EL 26% Y EL 35% EN LOS AÑOS DE ESTUDIO, Y EN LAS DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ALCANZARON EL 74% Y EL 65% RESPECTIVAMENTE (VER CUADRO 37).

CUADRO 37
EGRESOS HOSPITALIZACIÓN
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SSA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	ISSSTE	OTROS	
1983	809	632	106	71	2,304	1,899	286	119	3,113
1984	626	438	119	69	2,382	1,948	310	124	3,008
1985	697	490	132	75	2,317	1,894	300	123	3,014
1986	744	566	101	77	2,200	1,765	298	137	2,944
1987	863	676	109	78	2,196	1,742	312	142	3,059
1988	872	687	107	78	2,148	1,698	295	155	3,020
1989	928	737	109	82	2,176	1,726	294	156	3,104
1990	1,036	838	115	83	2,254	1,798	295	161	3,290
1991	1,073	859	123	91	2,315	1,831	304	180	3,388
1992	1,179	942	141	96	2,338	1,844	314	180	3,517
1993	1,262	1,005	155	102	2,347	1,872	322	153	3,609

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5° Y 6° INFORME DE GOBIERNO.

CON RELACIÓN A DÍAS PACIENTE, EN 1983 TOTALIZARON 14.607 MILLONES Y PARA 1993 16.753 MILLONES LO QUE EQUIVALE A UN INCREMENTO DEL 14.7 POR CIENTO. LAS INSTITUCIONES DE POBLACIÓN ABIERTA TUVIERON UNA PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE DÍAS PACIENTE DEL 25.8% Y EL 35.2% EN LOS AÑOS DE ESTUDIO, EN TANTO QUE LAS DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE REPRESENTARON EL 74.2% Y EL 64.8%, RESPECTIVAMENTE. CABE MENCIONAR QUE EN EL PERIODO MENCIONADO, ESTE INDICADOR EN ORGANISMOS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN ABIERTA, TIENE UN INCREMENTO DEL 56.3%, MIENTRAS QUE LOS REGISTRADOS PARA LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AUMENTARON UN 0.2% (VER CUADRO 38).

CUADRO 59
DÍAS PACIENTE
(MILES)

AÑO	POBLACIÓN ABIERTA				POBLACIÓN DERECHAHABIENTE				TOTAL SECTORIAL
	TOTAL	SFA	IMSS/SOL	OTROS	TOTAL	IMSS	INSSTE	OTROS	
1983	3,766	2,638	422	506	10,234	8,687	1,427	732	14,607
1984	3,163	2,320	439	404	10,833	9,705	1,511	687	14,346
1985	3,297	2,397	424	406	10,523	8,271	1,470	782	13,820
1986	3,471	2,752	355	364	9,737	7,501	1,432	594	13,208
1987	4,056	3,323	367	366	9,926	7,604	1,439	883	13,992
1988	4,261	3,509	364	388	9,996	7,498	1,360	1,038	14,157
1989	4,348	3,563	360	425	9,961	7,679	1,358	524	14,309
1990	5,200	4,361	379	410	10,272	7,331	1,431	510	15,472
1991	5,059	4,214	385	460	10,459	7,206	1,475	718	15,518
1992	5,218	4,328	413	477	10,744	7,486	1,531	727	15,962
1993	5,831	4,973	440	418	10,262	7,687	1,588	587	16,753

FUENTE: CUADRO ELABORADO CON BASE EN LOS ANEXOS ESTADÍSTICOS DEL 5º Y 6º INFORME DE GOBIERNO.

4. PRINCIPALES ACUERDOS DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

PARA ANALIZAR LOS PUNTOS IMPORTANTES DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD CONVIENE EN PRIMERA INSTANCIA UBICARLOS EN EL CONTEXTO DE LOS SERVICIOS EN GENERAL. DURANTE DÉCADAS SE LES CONSIDERÓ COMO IMPRODUCTIVOS Y ESTORBOSOS PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DE LOS PAÍSES, SIN EMBARGO EN LA ACTUALIDAD, EN PAÍSES DESARROLLADOS COMO ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ, EL SECTOR SERVICIOS CONTRIBUYE EN CERCA DEL 70% DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO¹, EN MÉXICO ESTA PROPORCIÓN SE SITUÓ EN 64% DURANTE 1992.

LA ATENCIÓN QUE SE LES HA DADO A LOS SERVICIOS OBEDECE A LA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA EN EL CAMPO DE LAS TELECOMUNICACIONES E INFORMÁTICA; LAS CRECIENTES ECONOMÍAS DE ESCALA QUE ALCANZA LA PRODUCCIÓN DE CIERTOS SERVICIOS, CON LA CONSECUENTE PREFERENCIA DE LAS EMPRESAS DE COMPRAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS; EL CONTENIDO DE LOS SERVICIOS EN LA PRODUCCIÓN ES CONTINUAMENTE MÁS ALTO; Y, LA CRECIENTE INTERNACIONALIZACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS.

EN ESTE CONTEXTO, EL COMERCIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE PUEDE ANALIZAR BAJO LAS SIGUIENTES MODALIDADES DE PRESTACIÓN²:

- LA MOVILIDAD TRANSFRONTERIZA DEL SERVICIO, POR EJEMPLO UN ANÁLISIS MÉDICO A TRAVÉS DE UNA COMPUTADORA REALIZADO EN EL EXTRANJERO.
- LA MOVILIDAD TRANSFRONTERIZA DEL CONSUMIDOR, QUE SE MANIFIESTA EN ASISTENCIA DE ENFERMOS A CENTROS MÉDICOS IMPORTANTES EN EL EXTRANJERO.
- LA MOVILIDAD TEMPORAL DEL PERSONAL QUE OTORGA EL SERVICIO, POR EJEMPLO EL INTERNAMIENTO TEMPORAL DE UN MÉDICO A OTRO PAÍS PARA EFECTUAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A UNO DE LOS PACIENTES QUE ATIENDE. Y
- LA PRESENCIA COMERCIAL, ASPECTO QUE SE DA POR LA DIFICULTAD QUE IMPLICA EN ALGUNOS CASOS SEPARAR EL SERVICIO DEL PROCESO PRODUCTIVO, Y CONLLEVA A LA INSTALACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS EN OTRO PAÍS.

¹ VER SECOFI, SERVICIOS, MONOGRAFÍA 9 DE LA SERIE TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN AMÉRICA DEL NORTE. MÉXICO, 1991. PAG 3.

² IBID PAG 7

EL TRATADO DEL LIBRE COMERCIO ES UN CONJUNTO DE REGLAS QUE TIENEN EL FIN DE NORMAR EL INTERCAMBIO DE CAPITAL, MERCANCÍAS Y SERVICIOS ENTRE LOS TRES PAÍSES QUE CONFORMAN UNA ZONA COMÚN DE COMERCIO.

ADEMÁS, PROPORCIONA SEGURIDAD A LOS INVERSIONISTAS Y EXPORTADORES SOBRE LOS INTERCAMBIOS QUE PREVÉ REALIZAR, TODA VEZ QUE ESTABLECE PLAZOS Y MODALIDADES DE DESGRAVACIÓN; REGLAS CLARAS PARA DETERMINAR EL ORIGEN DE LOS PRODUCTOS; E INSTANCIAS PARA RESOLVER DIFERENCIAS Y CONTROVERSIAS. ADEMÁS PRIVILEGIA EL INTERCAMBIO ENTRE LOS SOCIOS COMERCIALES ANTE OTROS PAÍSES.

CON LA FIRMA DEL TRATADO SE PRETENDE CREAR UN MERCADO EXTENSO Y SEGURO PARA LOS BIENES Y SERVICIOS PRODUCIDOS EN SUS TERRITORIOS; ASEGURAR UN MARCO PREVISIBLE PARA LA PLANEACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y DE LA INVERSIÓN; Y, FORTALECER LA COMPETITIVIDAD DE LAS EMPRESAS EN LOS MERCADO MUNDIALES. PARA ELLO SE CREA LA ZONA DE LIBRE COMERCIO, CON EL OBJETIVO DE ELIMINAR OBSTÁCULOS AL INTERCAMBIO Y FACILITAR LA CIRCULACIÓN TRANSFRONTERIZA DE BIENES Y SERVICIOS ENTRE LOS PAÍSES SOCIOS, ASÍ COMO LA PROMOCIÓN DE CONDICIONES DE COMPETENCIA LEAL³

ES CONVENIENTE SEÑALAR QUE DENTRO DEL TRATADO NO SE ENCUENTRA UN APARTADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SIN EMBARGO SE PRESENTAN PUNTOS DONDE ESTÁN VINCULADOS, EN CONSECUENCIA, PARA DETERMINAR LOS ACUERDOS QUE DIRECTA E INDIRECTAMENTE TOCAN AL SECTOR SALUD SE ANALIZAN LOS APARTADOS SIGUIENTES.

4.1 EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

LOS SERVICIOS, A NIVEL MUNDIAL SE HAN CONVERTIDO EN UN FENÓMENO FUNDAMENTAL DE LAS TRANSFORMACIONES DE LA ECONOMÍA GLOBAL, CON ELLO LOS SERVICIOS PROFESIONALES SE HAN TRANSFORMADO EN UN ELEMENTO IMPORTANTE DENTRO DE LA ESTRUCTURA MUNDIAL. POR LO CUAL UNA LIBERACIÓN DEL COMERCIO DE MERCANCÍAS REQUIERE COMO COMPLEMENTO OBLIGADO LA LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS. ES POR ELLO QUE SE INCLUYERON LOS SERVICIOS EN EL CAPÍTULO XII (COMERCIO TRANSFRONTERIZO DE SERVICIOS) DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO.

EN EL CAMPO DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES, EL EJERCICIO PROFESIONAL TRAE ASOCIADA LA EDUCACIÓN SUPERIOR, COMO EL PROCESO DE FORMACIÓN QUE ANTECEDE AL MOMENTO EN QUE EL PROFESIONISTA INGRESA A PRESTAR SUS SERVICIOS.

³ ART. 101 Y 102. SECOFI, TEXTO OFICIAL DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO. MÉXICO, MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, 1993.

EN MÉXICO LA CONSTITUCIÓN ESTABLECE EN SU ARTÍCULO QUINTO, EL DERECHO DE TODA PERSONA A DEDICARSE A LA PROFESIÓN QUE DESEE⁴.

LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (S.E.P.), A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES, ES LA ENCARGADA DE VIGILAR EL EJERCICIO PROFESIONAL. POR SU PARTE, LA LEY GENERAL DE SALUD EN EL ARTÍCULO 78, SUBRAYA QUE EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES DEL ÁREA DE LA SALUD, ESTARÁN SUJETAS A LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL⁵.

EN EL T.L.C. LOS SERVICIOS PROFESIONALES SE DEFINIERON COMO AQUELLOS QUE PARA SU PRESTACIÓN REQUIEREN EDUCACIÓN SUPERIOR ESPECIALIZADA Y CUYO EJERCICIO ES AUTORIZADO POR DEPENDENCIAS OFICIALES A TRAVÉS DE CIERTOS CRITERIOS PROPIOS DE CADA PAÍS.

EN EL ARTÍCULO 1210 DEL TRATADO SE CONVINO QUE CADA PARTE, EN UN PLAZO DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DEL CONVENIO, SE ELIMINARÍA TODO REQUISITO DE NACIONALIDAD O DE RESIDENCIA PERMANENTE QUE MANTENGAN PARA EL RECONOCIMIENTO DE CERTIFICADOS O LICENCIAS.

EL T.L.C. ESTABLECE ADEMÁS, QUE LOS ORGANISMOS PERTINENTES SE PONGAN DE ACUERDO SOBRE LA FORMA DE ALCANZAR EL RECONOCIMIENTO MUTUO DE LICENCIAS Y CERTIFICADOS.

ANTE ESTE COMPROMISO, MÉXICO EFECTUÓ REFORMAS A LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO QUINTO CONSTITUCIONAL EN RELACIÓN AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 22 DE DICIEMBRE DE 1993, CONOCIDA COMO LEY DE PROFESIONES, EN DONDE SE ESTABLECEN DOS MECANISMOS DE CONTROL DE LAS AUTORIZACIONES PARA LOS EXTRANJEROS:

- EL PRIMERO SE REFIERE AL EJERCICIO PROFESIONAL DE EXTRANJEROS QUE ESTARÁ SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LOS ACUERDOS O TRATADOS INTERNACIONALES FIRMADOS POR MÉXICO.
- EL SEGUNDO SE BASA EN LA RECIPROCIDAD INTERNACIONAL, O SEA, CUANDO A UN MEXICANO SE LE PERMITA EJERCER EN EL LUGAR DE ORIGEN DEL EXTRANJERO SOLICITANTE A ÉSTE TAMBIÉN SE LE PODRÁ AUTORIZAR SU EJERCICIO EN MÉXICO, CON PREVIA REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS.⁶

⁴ "A NINGUNA PERSONA PODRÁ IMPEDIRSE QUE SE DEDIQUE A LA PROFESIÓN, INDUSTRIA, COMERCIO O TRABAJO QUE LE ACOMODE; SIENDO LÍCITOS ..." ART. 5º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. PORRÚA: MÉXICO, 1994.

⁵ "EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES, DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y AUXILIARES, Y DE LAS ESPECIALIDADES PARA LA SALUD, ESTARÁ SUJETO A: I. LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL D.F. ..." ART. 78 DE LA LEY GENERAL DE SALUD. 1991

⁶ EL 22 DE DICIEMBRE DE 1993, SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 15, 17 PRIMER PÁRRAFO Y 25 FRACCIÓN I, Y SE DEROGAN LOS ARTÍCULOS 16, 18, 19 Y 20, ASÍ COMO EL TRANSITORIO 21, DE LA LEY DE PROFESIONES, QUEDANDO DE LA SIGUIENTE MANERA: ART. 15. LOS EXTRANJEROS PODRÁN EJERCER EN EL DISTRITO FEDERAL LAS PROFESIONES QUE SON OBJETO DE ESTA LEY, CON SUJECCIÓN A LO PREVISTO EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE QUE MÉXICO SEA PARTE. CUANDO NO HUBIESE TRATADO EN LA MATERIA, EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS

EN MÉXICO LA S.E.P. A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES HA ELABORADO UN ANTEPROYECTO DE NUEVA LEY DE PROFESIONES, CON EL FIN DE CONTEMPLAR LA NORMATIVIDAD QUE DEMANDA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN NUESTRO PAÍS DENTRO DEL CONTEXTO GLOBALIZADOR DE LA ECONOMÍA. EL ANTEPROYECTO TIENE COMO PROPÓSITO FUNDAMENTAL EL PROMOVER LA SUPERACIÓN PROFESIONAL, SE BUSCA QUE EL EJERCICIO PROFESIONAL RESPONDA A NIVELES DE EXCELENCIA Y CALIDAD.

LOS ASPECTOS RELEVANTES DEL ANTEPROYECTO⁷ DE LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO QUINTO CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE PROFESIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL SON:

- PARA LA SUPERACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL, SE ESTABLECE CON CARÁCTER VOLUNTARIO EL EXAMEN GENERAL DE CALIDAD Y EL EXAMEN DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL, CUYOS OBJETIVOS SON EL PODER VALORAR EL CONJUNTO DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL PROFESIONAL SOBRE TEMAS ESPECÍFICOS DEL ÁREA PROFESIONAL.
- A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES, CON EL ANTEPROYECTO SE BUSCA DOTARLA DE NUEVAS ATRIBUCIONES, PARA EL LOGRO DE LOS RETOS QUE PRESENTA LA GLOBALIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y LA PRÁCTICA INTERNACIONAL DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES.
- CONTEMPLA LA DESREGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LAS PROFESIONES QUE NO REPRESENTEN RIESGO PÚBLICO, LIMITANDO SU REGULACIÓN EN LAS QUE PUEDEN TENER IMPACTO NEGATIVO SOBRE LA SALUD, LA VIDA, LIBERTAD, PATRIMONIO Y BIENESTAR SOCIAL.
- EN LA EXPEDICIÓN DE CÉDULAS PROFESIONALES PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL, SE ESTABLECE DENTRO DE UN ESQUEMA VOLUNTARIO, LA RENOVACIÓN O REFRENDO, CADA CINCO AÑOS Y DE LAS AUTORIZACIONES PARA EJERCER ALGUNA ESPECIALIDAD. PARA OBTENER EL REFRENDO SE CONTEMPLAN VARIAS VÍAS: LA PRÁCTICA PROFESIONAL CONTINUA COMPROBABLE; LA APROBACIÓN DEL EXAMEN DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL; Y, LA CONCLUSIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
- PARA LA PRÁCTICA INTERNACIONAL DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, SE ESTABLECEN ESPECIFICACIONES PARA EL RECONOCIMIENTO MUTUO DE LICENCIAS Y CERTIFICADOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES AL AMPARO DE TRATADOS INTERNACIONALES.

EXTRANJEROS ESTARÁ SUJETO A LA RECIPROCIDAD EN EL LUGAR DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE Y AL CUMPLIMIENTO DE LOS DEMÁS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LAS LEYES MEXICANAS.

ART. 17 LOS TÍTULOS EXPEDIDOS EN EL EXTRANJERO SERÁN REGISTRADOS POR LA S.E.P., SIEMPRE QUE LOS ESTUDIOS QUE COMPRENDA EL TÍTULO PROFESIONAL SEAN IGUALES O SIMILARES A LOS QUE SE IMPARTAN EN INSTITUCIONES QUE FORMEN PARTE DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL. ART. 25. ESTAR EN PLENO GOCE Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS CIVILES

⁷ ENTREVISTAS CON FUNCIONARIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES DE LA S.E.P., ASÍ COMO SÍNTESIS DE DOCUMENTOS MIMEOGRAFIADOS, 1994

- SE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ALGUNAS ACTIVIDADES PROFESIONALES E INDIRECTAMENTE SE DETERMINA SU ÁMBITO DE ACCIÓN, COMO ES EL CASO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE MÉDICOS.
- SE INCORPORA LA FIGURA DEL CONSULTOR JURÍDICO EXTERNO, PRECISANDO EL ÁMBITO Y ALCANCE DE SU EJERCICIO PROFESIONAL PREVISTO EN EL T.L.C.

LOS COMITÉS DE NEGOCIACIÓN ESTÁN INTEGRADOS POR LOS COLEGIOS DE PROFESIONISTAS, POR LA ASOCIACIÓN DE FACULTADES Y ESCUELAS Y POR DIVERSAS AGRUPACIONES PROFESIONALES.

EL COMITÉ MEXICANO PARA LA PRÁCTICA INTERNACIONAL DE LA MEDICINA HA REALIZADO ALGUNAS REUNIONES CON SUS HOMÓLOGOS DE LOS PAÍSES SOCIOS EN MATERIA DE ACREDITACIÓN, Y EVALUACIÓN DE PLANES, PROGRAMAS E INSTITUCIONES, Y, DE CERTIFICACIÓN EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA, POSGRADO Y LICENCIACIÓN Y TODO AQUELLO VINCULADO CON EL EJERCICIO PROFESIONAL.

CON EL FIN DE ACELERAR LOS PROCESOS DE INTERCAMBIO Y VINCULACIÓN ENTRE DIFERENTES ORGANISMOS PROFESIONALES, SE PROPONE LA CREACIÓN DE UN ORGANISMO CONSULTIVO PROPICIADOR Y ACELERADOR DE LOS MISMOS, CUYAS INSTANCIAS RESPONSABLES SERÍAN:

- EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN, POR MÉXICO, LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A TRAVÉS DE LOS CONSEJOS DE ESPECIALIDAD, Y LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA, EN CANADÁ Y EN LOS ESTADOS UNIDOS, LOS ORGANISMOS QUE LO MANEJAN.
- EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Y CONSEJOS MEXICANOS DE CERTIFICACIÓN POR MÉXICO, AMERICAN BOUT ON MEDICAL SPECIALITY EN LOS ESTADOS UNIDOS Y ROYAL COLLEGE EN CANADÁ.
- EN CUANTO AL PROCESO DE LA LICENCIACIÓN, SE PROPONE INICIAR EL VÍNCULO ENTRE LOS ORGANISMOS RESPONSABLES, EMPEZANDO POR LOS QUE EN FORMA INMEDIATA LO REQUIERAN, COMO ES EL CASO DE LA FRONTERA ENTRE MÉXICO Y LOS ESTADOS UNIDOS, ENTRE EL STATES LEGE BOUT Y CON LA FEDERATION OF STATES MEDICAL BOUT Y CON LAS INSTANCIAS RESPONSABLES EN MÉXICO.

LOS CRITERIOS QUE GUIARÁN EL RECONOCIMIENTO MUTUO DE LICENCIAS PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES, SON:

- EDUCACIÓN CON LA ACREDITACIÓN DE ESCUELAS Y PROGRAMAS ACADÉMICOS.
- EXÁMENES DE CALIFICACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIAS.
- DESARROLLO PROFESIONAL Y RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN.

4.2 INSUMOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

LAS TRANSACCIONES DE MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACIÓN, EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, SE RIGEN POR LO ESPECIFICADO EN LA SEGUNDA PARTE "EL COMERCIO BIENES" DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA, EN LOS CAPÍTULOS 3, 4, 5 Y 8, EN LOS CUALES SE ESTABLECE LA ELIMINACIÓN INMEDIATA DE ARANCELES EN 43 Y 41% DE LA IMPORTACIONES PROVENIENTES DE E.U.A. Y CANADÁ. EN EL QUINTO AÑO SE DESGRAVARÁ EL 18 Y 19%, RESPECTIVAMENTE; Y EL DÉCIMO AÑO, EL 38 Y 39% ; Y AL DECIMOQUINTO AÑO, LAS PARTES DESGRAVARÁN EL 1 POR CIENTO. ASIMISMO, SE ELIMINARÁN LAS BARRERAS NO ARANCELARIAS COMO PERMISOS, CUOTAS Y RESTRICCIONES CUANTITATIVAS A LAS EXPORTACIONES E IMPORTACIONES DE LA ZONA. TAMBIÉN, PREVÉ LA SUPRESIÓN INMEDIATA DE ARANCELES A PRODUCTOS ENVIADOS AL EXTERIOR PARA SU REPARACIÓN ⁸.

LA ELIMINACIÓN DE ARANCELES SE APLICARÁ DE ACUERDO CON LA REGLAS DE ORIGEN, QUE CONSISTEN EN:

- BIENES PRODUCIDOS EN SU TOTALIDAD EN LA REGIÓN
- BIENES QUE SE CLASIFICAN EN UNA FRACCIÓN ARANCELARIA DISTINTA A LOS DE LOS INSUMOS EXTRAREGIONALES (CRITERIO QUE SE APLICARÁ A MÁS DE LA MITAD DE LAS FRACCIONES)
- BIENES QUE CUMPLAN CON UN REQUISITO DE CONTENIDO REGIONAL

EN CUANTO A LA OPERACIÓN ADUANERA, SE ESTABLECERÁ UN CERTIFICADO DE ORIGEN COMÚN Y EN JULIO DE 1999, SE ELIMINARÁN LOS DERECHOS DE TRÁMITE ADUANERO, SE ELABORARÁN TAMBIÉN, DICTÁMENES SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS DE ORIGEN, LO QUE DARÁ CERTIDUMBRE Y SEGURIDAD JURÍDICA AL IMPORTADOR Y EXPORTADOR.

EN RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN LOS TRES ESTADOS CONSERVAN SU DERECHO PARA ESTABLECER BARRERAS NO ARANCELARIAS A LA IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS POR CAUSAS EXCEPCIONALES DE SEGURIDAD NACIONAL, SALUD PÚBLICA, PROTECCIÓN AL MEDIO AMBIENTE Y LA PRESERVACIÓN DE LOS TESOROS ARTÍSTICOS.

⁸ TRATADO DE LIBRE COMERCIO ENTRE MÉXICO, CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS. SECOFI, MIMEOGRAFIADO, 1992

4.3 COMPRAS DEL SECTOR PÚBLICO

EL GOBIERNO SE CONSTITUYE EN EL PRINCIPAL COMPRADOR DE BIENES Y SERVICIOS DE UNA ECONOMÍA. EN OCASIONES SE HA UTILIZADO SU CAPACIDAD DE COMPRA COMO INSTRUMENTO PARA FOMENTAR EL DESARROLLO DE CIERTAS INDUSTRIAS, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS PUEDE SER EN DETRIMENTO DEL CONSUMIDOR NACIONAL COMO EXTRANJERO POR LA REGLAMENTACIÓN, CUYA APLICACIÓN SE CONVIERTE EN BARRERA NO ARANCELARIA PARA LOS FLUJOS DE COMERCIO. LAS ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO MEXICANO ASCENDIERON EN 1989 A 15 MIL MILLONES DE DÓLARES, CUYA COMPOSICIÓN ES LA SIGUIENTE: PARAESTATALES, 74%; GOBIERNO FEDERAL 11% Y ESTADOS Y MUNICIPIOS 15%.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN EL ARTÍCULO 134 ESTABLECE QUE LAS COMPRAS DEL SECTOR DEBEN SOMETERSE A UN PROCESO DE LICITACIÓN CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LAS MEJORES CONDICIONES EN CUANTO A CALIDAD, PRECIO Y FINANCIAMIENTO.

LA LEGISLACIÓN MEXICANA DE COMPRAS ESTA COMPRENDIDA PRINCIPALMENTE EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON BIENES MUEBLES, MISMA QUE RECOMIENDA A LAS ENTIDADES PÚBLICAS QUE UTILICEN PREFERENTEMENTE LOS BIENES Y SERVICIOS DE PROCEDENCIA NACIONAL.

EL SISTEMA MEXICANO DE LICITACIONES ESTÁ ABIERTO A LOS PROVEEDORES DE TODOS LOS PAÍSES, MIEMBROS O NO MIEMBROS DEL GATT, EN TANTO QUE LOS DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y CANADÁ, CONSIDERAN UNA PREFERENCIA EN EL DIFERENCIAL DE PRECIOS ENTRE 6 Y 12% EN EL PRIMER PAÍS Y 10% EN EL SEGUNDO A FAVOR DE PROVEEDORES NACIONALES⁹.

POR LO ANTERIOR LAS NEGOCIACIONES SE CENTRAN EN CUATRO PUNTOS:

- COBERTURA Y ALCANCE SECTORIAL DE LAS CONCESIONES COMPRENDIDAS BAJO LOS PRINCIPIOS DE UN TRATO NACIONAL Y NO DISCRIMINATORIO.
- VALOR DE LOS CONTRATOS CUBIERTOS POR EL ACUERDO.
- LOS PRINCIPIOS QUE RIGEN LOS PROCEDIMIENTOS DE LICITACIONES PÚBLICAS, COMO SON LA TRANSPARENCIA Y LA PROMOCIÓN DE MECANISMOS COMPETITIVOS.

⁹ SECOFI. MONOGRAFÍA N° 5 COMPRAS GUBERNAMENTALES. SECOFI, 1991. PAG 7 Y 8

POR LO TANTO, LOS PRINCIPALES ACUERDOS EN ESTE RENGLÓN, MENCIONADOS EN LA CUARTA PARTE, CAPÍTULO X DEL T.L.C. SON:

- EL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA EXPEDICIÓN DE CONVOCATORIAS, LA CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES, EL DESARROLLO DE CONCURSOS Y LA ASIGNACIÓN DE CONTRATOS, ASÍ COMO EL RECURSO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN.
- LA ESPECIFICACIÓN DE RESERVAS A LOS COMPROMISOS PARA CIERTAS COMPRAS ESTRATÉGICAS, COMO EL DERECHO DE NO LICITAR CIERTO PORCENTAJE DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS GUBERNAMENTALES, A FIN DE ASEGURAR LAS INDUSTRIAS FARMACÉUTICA Y DE LA CONSTRUCCIÓN NACIONALES, ESCALAS DE PRODUCCIÓN Y PERIODOS DE TRANSICIÓN ADECUADOS.
- LA APLICACIÓN DE BUENA PARTE DE LOS CONTRATOS DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS PÚBLICAS QUE REALICEN DEPENDENCIAS FEDERALES Y ENTIDADES PARAESTATALES.

EL SEÑALAMIENTO SOBRE LA COBERTURA PODRÁ EXTENDERSE MEDIANTE CONSULTA PREVIA DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS Y PROVINCIAS.

EN LAS COMPRAS GUBERNAMENTALES, QUE SE DEBEN DE REALIZAR MEDIANTE LOS CONTRATOS, ESTÁN SUJETAS A LAS DISPOSICIONES SIGUIENTES: BIENES Y SERVICIOS DE LAS DEPENDENCIAS DE GOBIERNO FEDERAL MAYORES DE 50,000 DÓLARES AMERICANOS; BIENES Y SERVICIOS A ENTIDADES PARAESTATALES MAYORES DE 250,000 DÓLARES; Y OBRA PÚBLICA PARA AMBAS ENTIDADES POR 6.5 Y 8 MILLONES DE DÓLARES RESPECTIVAMENTE.

TAMBIÉN, SE ACORDARON UNA SERIE DE RESERVAS CON OBJETO DE PRESERVAR COMPRAS ESTRATÉGICAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD NACIONAL Y LA OPERACIÓN EFICIENTE DE ENTIDADES Y DEPENDENCIAS Y PLAZOS DE TRANSICIÓN PARA FACILITAR EL AJUSTE DE LA INDUSTRIA NACIONAL.

EN ESTE SENTIDO, LAS ENTIDADES Y DEPENDENCIAS SE RESERVARÁN DE MANERA PERMANENTE EL NO LICITAR INTERNACIONALMENTE EL 10% DE LAS ADQUISICIONES. EN LO QUE SE REFIERE A COMPRAS DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO QUE REALIZA EL SECTOR SALUD, QUEDARÁN RESERVADAS EN SU TOTALIDAD PARA LA INDUSTRIA NACIONAL DURANTE LOS 8 PRIMEROS AÑOS DEL TRATADO. ADEMÁS, EN LOS PRODUCTOS "LLAVE EN MANO", SE RESERVA EL DERECHO DE ESTABLECER REQUISITOS DE CONTENIDO NACIONAL., NO MAYOR AL 40% EN PRODUCTOS INTENSIVOS DE MANO DE OBRA, Y DE 35% PARA PROYECTOS INTENSIVOS DE CAPITAL.

4.4 INVERSIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

EN LA QUINTA PARTE DEL TRATADO, EN EL CAPÍTULO XI "INVERSIÓN" SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES SOBRE LA INVERSIÓN, QUE APLICA PARA POSIBLES FLUJOS DE RECURSOS DE CAPITAL EN CENTROS HOSPITALARIOS. DENTRO DE ELLAS SE MENCIONA LO SIGUIENTE.

EL INVERSIONISTA EXTRANJERO GOZARÁ DE TRATO NO DISCRIMINATORIO EN PAÍSES DE LA REGIÓN CON RESPECTO AL ESTABLECIMIENTO, ADQUISICIÓN, EXPANSIÓN Y ADMINISTRACIÓN; SE DARÁ TRATO NACIONAL, UNA VEZ CUMPLIDA LA APROBACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE INVERSIONES EXTRANJERAS PARA PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE SECTORES ESPECÍFICOS; LIBRE TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR DE UTILIDADES Y DIVIDENDOS, PAGO DE INTERESES Y REGALÍAS POR ASISTENCIA TÉCNICA, ENTRE OTROS; NO SE IMPONDRÁN REQUISITOS DE DESEMPEÑO A INVERSIONISTAS, COMO EXPORTAR ALGÚN PORCENTAJE DETERMINADO DE SU PRODUCCIÓN O ALCANZAR CIERTO GRADO DE CONSUMO DOMÉSTICO; SE GARANTIZA LA LIBRE CONVERTIBILIDAD DE LA MONEDA Y LAS TRANSACCIONES AL EXTERIOR, EXCEPTO EN EL CASO DE QUIEBRA O EVIDENCIA CRIMINAL; LOS GOBIERNOS SÓLO PODRÁN EXPROPIAR INVERSIONES POR CAUSA DE UTILIDAD PÚBLICA, DE MANERA NO DISCRIMINADA Y CON EL PAGO DEL VALOR EXISTENTE EN EL MERCADO; SE ESTABLECE UN MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS, APEGADOS A LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN LA LEY MEXICANA PARA LA CELEBRACIÓN DE TRATADOS.

EL TRATADO TAMBIÉN, PROMOVERÁ LA INVERSIÓN PRIVADA A TRAVÉS DE ALIANZAS ESTRATÉGICAS, INTERCAMBIOS TECNOLÓGICOS Y NUEVAS FORMAS DE ASOCIACIÓN.

4.5 ASEGURADORAS DE SERVICIOS MÉDICOS

EN MÉXICO, A PARTIR DE 1983, LAS POLÍTICAS SOCIALES HAN TENDIDO AL RECORTE DEL GASTO SOCIAL Y SU FOCALIZACIÓN EN LOS POBRES, LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA PRIVATIZACIÓN, POR LO QUE SE ESTÁ ANTE UNA POLÍTICA ESTATAL DE INCENTIVO AL CRECIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN PRIVADA DE SERVICIOS Y ORIGINARÍA UN SISTEMA DUAL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES: EL PRIVADO Y EL PÚBLICO.

A PARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DE LOS OCHENTAS LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS ENTRAN AL TERRENO DEL FINANCIAMIENTO CON LA VENTA DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. ESTA TENDENCIA CUENTA CON EL APOYO DEL GOBIERNO, YA QUE TANTO LA ATENCIÓN COMO LOS SEGUROS PRIVADOS GOZAN DEL ESTÍMULO ESTATAL. CONCRETAMENTE AL SER DEDUCIBLES EN EL PAGO DE IMPUESTOS.

LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, A PARTIR DE 1987 COMIENZAN A INCREMENTAR EL NÚMERO DE PÓLIZAS DE ENFERMEDAD Y ACCIDENTES VENDIDAS; PASAN DE 290.3 MIL EN 1983 A 388.6 MIL EN

1988¹⁰, EN ESTE PERIODO EL MONTO DE LAS PRIMAS SE INCREMENTÓ UN 33.9%, CON UNA T.M.A.C. DEL 6.0 POR CIENTO. ASIMISMO, SEGÚN LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS EL PORCENTAJE, QUE REPRESENTAN ESTOS SEGUROS RESPECTO AL VOLUMEN TOTAL DE VENTAS DE LAS ASEGURADORAS, CRECE DEL 1.35 EN 1987 AL 6.35 EN 1990.

EN ESTE PERIODO LA AMPLIACIÓN DEL MERCADO SE DEBIÓ TANTO A LOS SEGUROS INDIVIDUALES - FAMILIARES COMO A LOS COLECTIVOS O DE GRUPO. LAS ASEGURADORAS CONSIDERAN COMO MERCADO POTENCIAL DE LOS SEGUROS INDIVIDUALES-FAMILIARES AL GRUPO CON INGRESOS DE SEIS O MÁS SALARIOS MÍNIMOS QUE CORRESPONDE APROXIMADAMENTE AL 20% DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA. AUNQUE EL MERCADO PARA LOS SEGUROS INDIVIDUAL-FAMILIAR ESTÁ RESTRINGIDO SE PODRÍA AMPLIAR SUBSTANCIALMENTE CON FORMAS MÁS BARATAS DE ASEGURAMIENTO CON LOS SEGUROS COLECTIVOS PARA TRABAJADORES¹¹.

EL PROCESO DE APERTURA COMERCIAL, TIENDE A ABRIR NUEVAS OPORTUNIDADES AL SECTOR PRIVADO, COMO ES EL CASO DE LA OPERACIÓN DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE TIPO PREPAGO.

LAS ASEGURADORAS JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE PARA LA PRODUCCIÓN PRIVADA DE SERVICIOS MÉDICOS, PORQUE LOS ALTOS COSTOS DE LOS SERVICIOS DEMANDAN UN SISTEMA DE PREPAGO, EL CUAL ES INSTRUMENTADO VÍA SEGUROS MÉDICOS O POR EL ESTADO DENTRO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO.

EL T.L.C., EN EL CAPÍTULO XIV RELATIVO A LOS SERVICIOS FINANCIEROS, ARTÍCULO 1407 ESTABLECE LA POSIBILIDAD DE INTRODUCIR NUEVOS SERVICIOS FINANCIEROS EN LOS PAÍSES SOCIOS, DE ACUERDO CON EL REQUISITO DE QUE CADA UNA DE LAS PARTES PERMITA A UNA INSTITUCIÓN FINANCIERA DE OTRA PARTE PRESTAR CUALQUIER NUEVO SERVICIO FINANCIERO DE TIPO SIMILAR A AQUELLOS QUE ESA OTRA PARTE CONCEDE A SUS INSTITUCIONES FINANCIERAS, CONFORME A SU LEY NACIONAL EN CIRCUNSTANCIAS SIMILARES.

AUNQUE EN EL TRATADO NO EXISTE UN APARTADO DEDICADO AL SECTOR SALUD SE NECESITA DETECTAR LAS IMPLICACIONES DEL T.L.C. SOBRE ESTE SECTOR, ANALIZANDO PARA ELLO LOS ACUERDOS PARALELOS TANTO ESCRITOS ESPECIFICAMENTE COMO OTROS A LOS QUE SE ENCUENTRA VINCULADO Y QUE PUEDEN TENER IMPLICACIONES EN ASPECTOS CENTRALES. EJEMPLO DE ELLO SON LOS ACUERDOS SOBRE PROTECCIÓN AMBIENTAL Y DERECHOS LABORALES, O LA SOLICITUD DE LOS NEGOCIADORES ESTADOUNIDENSES EN 1991, DE INCLUIR LOS FONDOS DE PENSIONES EN LA NEGOCIACIÓN DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS. LO QUE COADYUVÓ A QUE SE LEGISLARA EL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (S.A.R.) EN FEBRERO DE 1992, BAJO EL RÉGIMEN

¹⁰ FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. INNOVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL 1995

¹¹ LAURELL ASA CRISTINA. EL IMPACTO DEL T.L.C. EN EL SECTOR SALUD. U.A.M. XOCHIMILCO

DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL Y CON ADMINISTRACIÓN PRIVADA DE LOS FONDOS. DEBE SUBRAYARSE QUE EL S.A.R. SIGNIFICA EL ROMPIMIENTO CON EL PRINCIPIO SOLIDARIO DE FONDOS COMUNES ADMINISTRADOS PÚBLICAMENTE QUE SUSTENTA LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA¹².

EL T.L.C. EN EL ANEXO 1404.4, DESTACA QUE EL TIEMPO DE APERTURA TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ES DE SEIS AÑOS (1º DE ENERO DEL AÑO 2000), Y QUE SE PERMITE UNA PARTICIPACIÓN DE CAPITAL EXTRANJERO AÚN MÁS RÁPIDO. "ESTA TENDENCIA, ANTICIPA EL T.L.C., DADO QUE EL 26% DE LAS ASEGURADORAS MEXICANAS SE HAN ASOCIADO CON EXTRANJERAS. EJEMPLO DE ELLO ES LA ASOCIACIÓN DE SEGUROS MONTERREY CON AETNA, UNO DE LOS TRES GIGANTES ESTADOUNIDENSES EN 1992. POR LO QUE EL T.L.C. RESPECTO A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS INTRODUCE UN PODEROSO ACTOR QUE SON LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS NORTEAMERICANAS EN EL ESCENARIO DE LA SALUD, QUE COMPARTE LOS INTERESES DE LOS GRUPOS FINANCIEROS NACIONALES"¹³.

EL T.L.C. EN EL ARTÍCULO 1412, CONTEMPLA EL ESTABLECIMIENTO DE UN COMITÉ DE SERVICIOS FINANCIEROS, QUE SE ENCARGARÁ DE SUPERVISAR LA APLICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS ACUERDOS TOMADOS, ASÍ COMO LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. ESTE COMITÉ DEBERÁ REUNIRSE ANUALMENTE PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO DEL TRATADO EN MATERIA DE SERVICIOS FINANCIEROS, ADEMÁS, LAS AUTORIDADES RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS POR MÉXICO SERÁ LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, POR CANADÁ, EL DEPARTMENT OF FINANCE OF CANADA; Y, POR ESTADOS UNIDOS, EL DEPARTMENT OF THE TREASURY EN LO QUE SE REFIERE A LA BANCA Y OTROS SERVICIOS FINANCIEROS, Y EL DEPARTMENT OF COMMERCE CUANDO SE TRATE DE SERVICIOS DE SEGUROS.

EN EL ARTÍCULO 1404 DEL TRATADO SE ESTABLECE QUE LAS PARTES CONSULTARÁN SOBRE UNA FUTURA LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO TRANSFRONTERIZO DE SERVICIOS FINANCIEROS; Y, EN EL ANEXO 1404.4 QUE DISPONE QUE A MÁS TARDAR EL 1º DE ENERO DEL AÑO 2000, LAS PARTES REALIZARÁN CONSULTAS CON MIRAS A LOGRAR UNA MAYOR LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO TRANSFRONTERIZO DE SERVICIOS FINANCIEROS. CON RESPECTO A LOS SEGUROS, MENCIONA QUE "SE DEBERÁ CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE PERMITIR UNA MÁS AMPLIA VARIEDAD DE SERVICIOS DE SEGUROS PRESTADOS DE MANERA TRANSFRONTERIZA ... DETERMINAR SI LAS LIMITACIONES SOBRE SERVICIOS TRANSFRONTERIZOS DE SEGUROS ESPECIFICADAS EN LA SECCIÓN A, DE LA LISTA DE MÉXICO AL ANEXO VII SE MANTENDRÁN, MODIFICARÁN O ELIMINARÁN", ENTRE LAS CUALES ACTUALMENTE DESTACAN LAS SIGUIENTES:

- LA SUMA DE LA INVERSIÓN EXTRANJERA EN INSTITUCIONES DE SEGUROS DEBE SER MENOR AL 50% DEL CAPITAL PAGADO. MEDIDA QUE NO SE APLICARÁ A INSTITUCIONES YA EXISTENTES.

¹² LAURELL ASA CRISTINA. PARA LEER EL T.L.C. EN RELACIÓN CON EL SECTOR SALUD. U.A.M. NOCHIMILCO

¹³ IBID.

- LOS GOBIERNOS EXTRANJEROS Y LAS EMPRESAS ESTATALES EXTRANJERAS NO PUEDEN INVERTIR, DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN INSTITUCIONES DE SEGUROS.
- PARA INSTITUCIONES DE SEGUROS DE VIDA Y ENFERMEDADES, EL CAPITAL MÁXIMO A SER AUTORIZADO POR MÉXICO PARA UNA FILIAL EXTRANJERA, CALCULADO COMO UN PORCENTAJE DEL CAPITAL AGREGADO DE TODAS LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS DEL MISMO TIPO NO DEBERÁ EXCEDER EL 1.5 POR CIENTO. EN CASO DE QUE UN INVERSIONISTA DE OTRA PARTE ADQUIERA UNA INSTITUCIÓN FINANCIERA ESTABLECIDA EN MÉXICO, LA SUMA DEL CAPITAL AUTORIZADO NO PODRÁ EXCEDER, AL MOMENTO DE LA ADQUISICIÓN O EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN, EL LÍMITE YA SEÑALADO.
- LA SUMA TOTAL DE LOS CAPITALES AUTORIZADOS DE TODAS LAS FILIALES DE SEGUROS EXTRANJEROS, NO PODRÁN EXCEDER LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN: 6% EL 1º DE ENERO DE 1994, 8% EL 1º DE ENERO DE 1995, 9% EL 1º DE ENERO DE 1996, 10% EL 1º DE ENERO DE 1997, 11% EL 1º DE ENERO DE 1998 Y 12% EL 1º DE ENERO DE 1999.
- LOS LÍMITES DE INVERSIÓN ANTES SEÑALADOS SE ELIMINARÁN AL CONCLUIR EL PERIODO DE TRANSICIÓN, ES DECIR EN EL AÑO 2000.
- POR LO QUE RESPECTA A LA PARTICIPACIÓN ACCIONARIA EN UNA INSTITUCIÓN MEXICANA DE SEGUROS, YA ESTABLECIDA O POR CONSTITUIRSE EN EL FUTURO, EL PORCENTAJE DE LAS ACCIONES ORDINARIAS DE LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS MEXICANA EN PROPIEDAD DE MEXICANOS NO SERÁ INFERIOR A LOS SIGUIENTES NIVELES DE PARTICIPACIÓN MEXICANA: 70% EL 1º DE ENERO DE 1994, 65% EL 1º DE ENERO DE 1995, 60% EL 1º DE ENERO DE 1996, 55% EL 1º DE ENERO DE 1997, 49% EL 1º DE ENERO DE 1998, EL 25% EL 1º DE ENERO DE 1999.
- EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES Y OPERACIONES DE LOS PROGRAMAS DE SEGUROS DEL GOBIERNO MEXICANO VÍA ASEGURADORA MEXICANA, S.A. Y ASEGURADORA HIDALGO, S.A. (QUE CONTIENE LOS SEGUROS PARA LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO, DE ORGANISMOS, DE DEPENDENCIAS GUBERNAMENTALES Y DE ENTIDADES PÚBLICAS) ESTÁN EXCLUIDAS DE LOS ARTÍCULOS 1403, "DERECHO DE ESTABLECIMIENTO DE INSTITUCIONES FINANCIERAS", 1404, "COMERCIO TRANSFRONTERIZO" Y 1405 "TRATO NACIONAL." POR EL TIEMPO QUE LAS EMPRESAS SE ENCUENTREN BAJO CONTROL DEL GOBIERNO MEXICANO Y DURANTE UN PLAZO COMERCIAL RAZONABLE POSTERIOR AL CESE DE DICHO CONTROL.

5. IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

LA SALUD DE LA POBLACIÓN NO SE LIMITA A LAS FRONTERAS GEOGRÁFICAS DE LAS NACIONES, EN VIRTUD DE QUE LOS RIESGOS Y DAÑOS DE UNA COMUNIDAD TIENEN A EXTENDERSE A OTRAS, PARTICULARMENTE LOS INFECCIOSOS. A ESTA SITUACIÓN OBEDECEN LOS ESFUERZOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RELATIVOS AL IMPULSO DE LA ESTRATEGIA PARA QUE TODOS LOS HABITANTES DEL MUNDO TENGAN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

COMO LA SALUD Y EL CUIDADO QUE SE LE OTORGA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS RESPECTIVOS NO ESCAPAN AL DESARROLLO PRODUCTIVO, AL ENTRAR EN CONTACTO LAS ECONOMÍAS DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL NORTE, NECESARIAMENTE ESTE BIEN DE LA SOCIEDAD RECIBIRÁ LA INFLUENCIA DE COMO SE CONCEBE Y SE EXPLICA, LOS MODELOS ADOPTADOS PARA PROTEGERLA E INCREMENTARLA, ASÍ COMO LAS POLÍTICAS EMPRENDEDAS POR CADA NACIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS NIVELES ALCANZADOS.

PARA LOGRAR UNA INTERPRETACIÓN MÁS APEGADA A LA REALIDAD SOBRE LOS ESCENARIOS FUTUROS DE LA SALUD A RAÍZ DE LA FIRMA DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO, ES NECESARIO OBSERVAR LAS DIFERENCIAS PRODUCTIVAS, LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y EL AVANCE TECNOLÓGICO EN LA MATERIA, ADEMÁS DE ANALIZAR CON MAYOR DETALLE LOS PRINCIPALES ASPECTOS DEL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN DONDE EL PRECEPTO BÁSICO, COMO EN TODAS LAS RAMAS DE LA ECONOMÍA, ES QUE LA OFERTA Y LA DEMANDA TIENDE A IGUALARSE EN EL TIEMPO. BAJO ESTE ESQUEMA LAS IMPLICACIONES EN MÉXICO SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN.

5.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EL DENOMINADOR COMÚN EN LOS TRES PAÍSES SOCIOS ES QUE CONSIDERAN A LA SALUD DENTRO DE UNA CONCEPCIÓN BIOLÓGICA, MULTICAUSAL Y EPIDEMIOLÓGICA, EN CONSECUENCIA, EL DESARROLLO DE LA MEDICINA CURATIVA MANIFIESTA UNA IMPORTANCIA PRIMORDIAL. ASIMISMO, COEXISTEN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LA ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS. SIN EMBARGO, EXISTEN PARTICULARIDADES QUE ES CONVENIENTE SEÑALAR.

EN MÉXICO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SE INTEGRA POR UNA DIVERSIDAD DE INSTITUCIONES, CUYA CREACIÓN OBEDECE A UNA LEGISLACIÓN SOCIAL DIFERENTE. ESTA ÚLTIMA DEFINE LOS CAMPOS DE LA SALUBRIDAD GENERAL Y ORGANIZA LA ATENCIÓN A LA SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN, COMO UNA RESPUESTA PARA OBTENER UN USO ÓPTIMO DE LOS RECURSOS.

EN CANADÁ SE SIGUE UN MODELO DE COBERTURA UNIVERSAL, CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD, PERO AL MISMO TIEMPO, LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO ES MAYORITARIA EN CUANTO A LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN.

POR SU PARTE, EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, LOS SERVICIOS DE SALUD TIENEN UN ESQUEMA SIMILAR A LA DEL VECINO SITUADO MÁS AL NORTE. SIN EMBARGO, LA ATENCIÓN A LA SALUD SE INSCRIBE DENTRO DE LA IDEA "LA MEJOR MANERA DE ASEGURAR UNA OPERACIÓN EFICIENTE DEL SISTEMA, REQUIERE LA LIBRE PARTICIPACIÓN DE LAS FUERZAS QUE SUBSISTEN EN EL MERCADO". PARA TAL EFECTO SE REDISEÑAN LOS SEGUROS DE SALUD, CON OTRA MODALIDAD DE OPERACIÓN Y UN MENOR COSTO, Y ESENCIALMENTE LA DECISIÓN DEL CONSUMIDOR COMO ELEMENTO ORDENADOR. ANTE ESTA SITUACIÓN, EN VIRTUD DE QUE EL T.L.C. PREVÉ UNA LIBERACIÓN DEL MERCADO ES DE ESPERARSE, QUE EN MÉXICO, LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN EL OTORGAMIENTO DE LOS SERVICIOS SEA GRADUALMENTE MAYOR A LA ACTUAL.

5.2 OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS

LOS ACUERDOS DENTRO DEL T.L.C. PREVÉN QUE EN UN TIEMPO DE DOS AÑOS DE HABER ENTRADO EN VIGOR, NO SERÁ NECESARIO EL REQUISITO DE PERMANENCIA Y NACIONALIDAD PARA EL RECONOCIMIENTO DE LICENCIAS, LO QUE SIGNIFICA EL POSIBLE EJERCICIO DE PROFESIONALES EXTRANJEROS EN MÉXICO A PARTIR DE 1996. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y CANADÁ REGISTRAN APROXIMADAMENTE 1.8 Y 2.2 MÉDICOS POR 1,000 HABITANTES, EN TANTO QUE MÉXICO, SÓLO ALCANZA 1.16 DE ESTA PROPORCIÓN. POR CONSIGUIENTE, EN CONDICIONES DE DESARROLLO EQUIVALENTES HABRÍA QUE ESPERAR UN FLUJO HACIA MÉXICO DE ESTE TIPO DE PROFESIONISTAS POR DOS RAZONES FUNDAMENTALES: LA DEFICIENCIA DE MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN Y EL ALTO GRADO DE COMPETENCIA QUE EXISTE EN LOS PAÍSES SOCIOS. SIN EMBARGO, ESTA SITUACIÓN RESULTA POCO VIABLE EN EL CORTO PLAZO, EN CONSECUENCIA DE LA DIFERENCIA DE LOS NIVELES DE INGRESO TANTO PARA LOS PROFESIONISTAS DE ESTA RAMA, COMO EN LA POBLACIÓN EN GENERAL, POR LO QUE LA PROBABILIDAD QUE LOS MEXICANOS LES DEMANDEN ALGÚN SERVICIO DE CONFORMIDAD A LOS PRECIOS IMPERANTES EN LAS NACIONES DE ORIGEN RESULTA POCO CONFIABLE.

POR OTRA PARTE, EL BENEFICIO PALPABLE RESULTA SER LA LEGISLACIÓN QUE APUNTA A PROMOVER UNA MAYOR CALIDAD DE LA EDUCACIÓN PROFESIONAL, ASÍ COMO LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN PERIÓDICA. CADA CINCO AÑOS, SE RENOVARÁN LAS CÉDULAS PROFESIONALES, POR EXAMEN DE CONOCIMIENTOS, EJERCICIO CONSTANTE DE LA PROFESIÓN Y LOS CURSOS DE POSGRADO. ESTOS REQUERIMIENTOS SOBRE DESEMPEÑO MÉDICO, EVIDENTEMENTE TENDRÁ EFECTOS FAVORABLES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA.

MIENTRAS QUE EN E.U.A Y CANADÁ EL NÚMERO DE CAMAS CORRESPONDE A 3.8 Y 5.0 CAMAS POR MIL HABITANTES RESPECTIVAMENTE, EN MÉXICO ESTE INDICADOR SE SITUÓ EN 1.3 CAMAS POR CADA MIL MEXICANOS. ASPECTO QUE MANIFIESTA UNA DESPROPORCIÓN SIGNIFICATIVA EN LA OFERTA DE ESTE RECURSO, POR CONSIGUIENTE, ES PROBABLE QUE LOS CAPITALES EN EL SECTOR SALUD EN ESTOS PAÍSES, ANTES DE EXPANDIRSE EN LA ZONA DONDE RESIDEN SE ORIENTEN A LUGARES CON CARENCIAS, EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES DEL MERCADO.

EN EL RENGLÓN DE INVERSIONES EL TRATADO ESTABLECE, QUE DESDE LA FECHA DE VIGENCIA, LOS HOMBRES DE NEGOCIOS TIENEN LA POSIBILIDAD DE INVERTIR RECURSOS MONETARIOS, POR LO QUE EL CAPITAL EXTRANJERO PUEDE OCUPARSE DE LA CONSTRUCCIÓN Y OPERACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS CON ALTA TECNOLOGÍA, YA SEA SOLOS O EN ASOCIACIÓN CON NACIONALES. A LA VEZ, SE GARANTIZA LA LIBRE MOVILIDAD DE RECURSOS Y TRANSFERENCIAS, ASÍ COMO LA SEGURIDAD QUE SÓLO SERÁ EXPROPIADA LA INSTALACIÓN, EN CASOS DE UTILIDAD PÚBLICA, CON LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL PRECIO ACTUAL EN EL MERCADO. SI BIEN LA CARENCIA DE CENTROS HOSPITALARIOS PRIVADOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN EL PAÍS ES EVIDENTE, ASÍ COMO LA EXISTENCIA DE MÁRGENES DE UTILIDAD BRUTA CERCANA AL 75% DE LA PRODUCCIÓN TOTAL, RESULTA QUE SE ESTÁ ANTE UNA EXCELENTE OPORTUNIDAD PARA EL CAPITAL EXTRANJERO. ADEMÁS, ESTE ASPECTO SE VE REFORZADO POR LAS TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS RELATIVAS AL AUMENTO DE LOS PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN UNA TECNOLOGÍA SOFISTICADA PARA LA ATENCIÓN, COMO ES EL CASO DE LOS PROBLEMAS CARDIACOS, EL CÁNCER Y LOS ACCIDENTES. ADICIONALMENTE, SE OBSERVA EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA Y ESTADOS DE SALUD QUE REPORTAN PADECIMIENTOS RECURRENTES, Y CUYA SOLUCIÓN O TRATAMIENTO REQUIERE INSUMOS DE ALTO COSTO. SIN EMBARGO, EL MERCADO PARA ESTE TIPO DE SERVICIOS SÓLO LO CONSTITUYE EL 4% DE LA POBLACIÓN, CON EL PROBLEMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE AL BAJO PODER ADQUISITIVO DE LA POBLACIÓN. EN CONSECUENCIA, NO RESULTA TAN ATRACTIVA LA OPCIÓN DE INVERTIR. PUDIERA DARSE EL CASO DE QUE ESTE TIPO DE INSTALACIONES SE ESTABLECIERAN EN LAS GRANDES CIUDADES DEL PAÍS COMO LAS DE MÉXICO, GUADALAJARA Y MONTERREY.

EN CUANTO A INSUMOS MÉDICOS, COMO EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN, LA DESGRAVACIÓN INICIAL ES PARA LOS PRODUCTOS QUE NO EXISTEN EN MÉXICO, POR LO QUE EL FLUJO DE MERCANCÍAS DE ESTE TIPO NO ES DE ESPERARSE, CON LA CONSECUENTE, MEJORA EN LA CALIDAD Y TAL VEZ EL PRECIO DE ESTOS INSUMOS EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN.

TAMBIÉN, CONVIENE DESTACAR QUE LAS COMPRAS DEL SECTOR PÚBLICO EN MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO ESTÁN RESERVADAS PARA EL GOBIERNO HASTA EL AÑO 2002 TIEMPO EN QUE SE ESPERA MEJORAR LA COMPETITIVIDAD DE LA INDUSTRIA MEXICANA EN ESTE RENGLÓN.

EL FLUJO DE MERCANCÍAS Y SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD DE LOS PAÍSES SOCIOS A MÉXICO, TIENE LAS LIMITANTES DE LA CAPACIDAD ADQUISITIVA NACIONAL, POR LO QUE LOS EFECTOS POSITIVOS QUE SE PREGONARON CONSTANTEMENTE POR LA AUTORIDADES MEXICANAS, DIFÍCILMENTE SE HARÁN PRESENTES PARA EL PAÍS EN EL CORTO PLAZO, TODA VEZ QUE EL PODER DE COMPRA EN GENERAL PRESENTA UN DETERIORO CERCANO AL 47%. ADEMÁS SI SE COMPARAN LOS GASTOS PERCÁPITA DE LOS TRES PAÍSES EL RESULTADO ES ABISMAL. ASÍ, MIENTRAS QUE EN E.U.A ESTE GASTO ALCANZÓ LOS 2,868 DÓLARES AMERICANOS EN 1992, EN CANADÁ FUE DE 2,000 DÓLARES CANADIENSES EN 1990, EN MÉXICO, SE SITUÓ PARA 1993 EN 256 DÓLARES AMERICANOS.

AL COMPARAR LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SE TIENE QUE EN E.U.A. 22% PROVIENE DE RECURSOS PERSONALES, 38% DE LOS SEGUROS, 4% DE OTROS FONDOS Y 42% DE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL; EN CANADÁ, 24% DEL GOBIERNO FEDERAL, 46% DEL PROVINCIAL, Y DEL MUNICIPAL 2% Y PRIVADOS 28 POR CIENTO. EN EL CASO DE MÉXICO, 46% TIENE ORIGEN EN LOS INGRESOS FAMILIARES, 26% EN LAS CUOTAS DE LOS TRABAJADORES, 13% EN LAS CUOTAS DE LOS EMPLEADORES Y 15% EN RECURSOS FISCALES. RESULTA QUE PARTICIPAN EN MAYOR GRADO LOS RECURSOS DE LAS FAMILIAS EN MÉXICO, ASPECTO QUE PUEDE SIGNIFICAR UNA ATRACCIÓN PARA LOS NEGOCIOS PRIVADOS. SIN EMBARGO, LA COBERTURA DEL MERCADO ESTA DOMINADA POR EL SECTOR PÚBLICO, EN VIRTUD QUE ESTE ÚLTIMO ES EL QUE ADMINISTRA Y APLICA LOS SEGUROS CONTRA LA ENFERMEDAD PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, Y OPERA Y SOSTIENE LA INFRAESTRUCTURA QUE ATIENDE A LA POBLACIÓN ABIERTA. CON EL T.L.C. SE PLANTEA UNA MAYOR LIBERACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD, RAZÓN QUE HACE PREVISIBLE UNA TENDENCIA HACIA LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. ADEMÁS DE QUE EN ESTOS SE DA UN ALTO COSTO ADMINISTRATIVO CERCANO AL 23%, EN COMPARACIÓN CON CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA DE 10 Y 5% RESPECTIVAMENTE.

CABE SEÑALAR QUE DENTRO DE LA POLÍTICA PLANTEADA EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SE ESTABLECE EL PROPÓSITO DE LOGRAR UNA MAYOR RACIONALIDAD ECONÓMICA, UNA ADMINISTRACIÓN MÁS EFICIENTE Y LA FORMACIÓN DE UN MERCADO MÁS AMPLIO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, CUYA ORIENTACIÓN APUNTA HACIA LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.

UN PAPEL IMPORTE PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, LO CONSTITUYE EL DESARROLLO DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD. EN MÉXICO, ESTE ELEMENTO ESTÁ EN PLENO AUGE, A CONSECUENCIA DEL LOS COSTOS CRECIENTES DE LA ATENCIÓN. POR TAL RAZÓN, LA ENTRADA DE

COMPAÑÍAS EXTRANJERAS AL PAÍS, VENDRÁ A BENEFICIAR A LA POBLACIÓN, PERO UNA VEZ MÁS ESTE PROCESO DE DARÁ HASTA DESPUÉS DEL AÑO 2002, EN EL CUAL SE SUPRIMEN LAS RESTRICCIONES IMPUESTAS PARA EL INGRESO AL PAÍS, CONSECUENTEMENTE, UNA MAYOR COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

EL PANORAMA PARECE ALENTADOR, SIN EMBARGO EXISTEN ALGUNOS OBSTÁCULOS COMO LOS NIVELES DE INGRESO DEPRIMIDOS DE LA POBLACIÓN, PERO EN EL LARGO PLAZO MOSTRARÁN UNA TENDENCIA A IGUALARSE CON LOS QUE EXISTEN EN LOS PAÍSES SOCIOS DE MÉXICO. ASIMISMO, TAL PARECE QUE LA SOLUCIÓN AL CRECIMIENTO DE COSTOS POR ATENCIÓN MÉDICA, ES LA INSTRUMENTACIÓN DE SEGUROS CONTRA LAS ENFERMEDADES. SIN EMBARGO EN EL PAÍS, NO EXISTE UNA CULTURA PARA APROVECHAR LOS BENEFICIOS QUE OFRECEN, EN PARTE POR LA NECESIDAD DE DEDICAR RECURSOS FAMILIARES A DESTINOS PRIORITARIOS COMO ES LA ALIMENTACIÓN Y LA VIVIENDA, EN TANTO QUE UNA PARTE INSIGNIFICANTE DE ORIENTA A LA COMPRA DE SEGUROS DE SALUD (EL 0.16% DEL GASTO FAMILIAR).

POR ÚLTIMO, CABE MENCIONAR QUE CON EL T.L.C. EN EL LARGO PLAZO, LA ECONOMÍA NACIONAL AUMENTARÁ EL POTENCIAL PRODUCTIVO, SITUACIÓN QUE CONLLEVA A LOGRAR MAYORES NIVELES DE VIDA, OTROS ESTILOS, Y CONSECUENTEMENTE, UNA CONSOLIDACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CON LA PREVALENCIA DE PADECIMIENTOS PROPIOS DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS. ADEMÁS, POR LA MISMA COMPETENCIA, QUE IMPLICA EL IMPULSO DEL MERCADO COMO FACTOR IMPORTANTE EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS, SE CONTARÁ CON MEJORES SERVICIOS DE SALUD, PERO ¿ELLO HARÁ POSIBLE EL CONTROL DE RIESGOS QUE PESAN SOBRE LA VIDA HUMANA?, ESA SERÁ LA DISYUNTIVA A LA QUE SE DEBERÁ RESPONDER EN LOS PRÓXIMOS AÑOS.

CONCLUSIONES

EL CONTACTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS TRES PAÍSES PERMITIRÁ INTERCAMBIAR CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN. EN EL CASO CANADIENSE MÉXICO PODRÁ TOMAR SU EXPERIENCIA PARA EL LOGRO DE UNA COBERTURA UNIVERSAL, ADEMÁS DE OTRAS VENTAJAS COMO LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA PARA PADECIMIENTOS CUYO TRATAMIENTO ES DE BAJA COMPLEJIDAD. EN LO QUE RESPECTA AL FINANCIAMIENTO SE PUEDE ESTUDIAR LA IMPLANTACIÓN DEL FONDO PERCÁPITA PARA ASIGNAR RECURSOS CON BASE EN LOS CRECIMIENTOS DEL PRODUCTO NACIONAL BRUTO Y EL DE LA POBLACIÓN.

POR LO QUE SE REFIERE AL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO, SE PODRÍA CONSIDERAR POR UN LADO EL APROVECHAR LA PRÁCTICA ESTABLECIDA DE ACREDITACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS; Y, POR OTRO LA EXPERIENCIA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS Y LA CONTENCIÓN DE LOS COSTOS.

ASIMISMO, EL PAÍS TAMBIÉN PUEDE APROVECHAR LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MATERIA QUE SE EFECTÚA EN AMBOS PAÍSES, CON LA APLICACIÓN TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD MEXICANA.

ADEMÁS DE LO ANTERIOR, LA FIRMA DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO TRAE CONSIGO BENEFICIOS IMPORTANTES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD, COMO LA ELEVACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑAN EN ESTA ÁREA, EN VIRTUD DE QUE SERÁN REVISADOS LOS PLANES DE ESTUDIO A FIN DE HOMOLOGARLOS; SE ESTABLECERÁN CRITERIOS COMUNES PARA CONCEDER LAS LICENCIAS INDISPENSABLES AL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN; Y, SE IMPLANTARÁN LOS REQUISITOS DE RENOVACIÓN PERIÓDICA DE LA CÉDULA PROFESIONAL A TRAVÉS DE EXÁMENES Y CURSOS DE POSGRADO ASÍ COMO LA COMPROBACIÓN DE LA PRÁCTICA CONTINUA.

EL ACCESO A EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO DE VANGUARDIA, QUE ES OTRO DE LOS BENEFICIOS, QUE SE ESPERA EN PRIMERA INSTANCIA ES LA AFLUENCIA DE COMPAÑÍAS COMERCIALIZADORAS DE ESTOS PRODUCTOS Y QUE EMPRENDAN LA DIFUSIÓN EN LAS CIUDADES MÁS IMPORTANTES DEL PAÍS, Y EN UNA SEGUNDA, EL ESTABLECIMIENTO DE ORGANIZACIONES PRODUCTORAS DE ESTOS BIENES.

LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS DE MAYOR POTENCIAL TERAPÉUTICO QUE IMPLICA UN FLUJO IMPORTANTE DE ESTOS INSUMOS CON MAYOR CALIDAD Y MENOS RIESGOS EN CUANTO A EFECTOS SECUNDARIOS POR LA LEGISLACIÓN TENDIENTE A PROTEGER AL CONSUMIDOR EN LOS PAÍSES DE ORIGEN.

IGUALMENTE, CON LA INTRODUCCIÓN DE SEGUROS CONTRA ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS SE ABRE UNA POSIBLE SOLUCIÓN A LAS DIFICULTADES QUE ENCIERRA EL LOGRAR UNA COBERTURA TOTAL DE LOS SERVICIOS POR LOS ESQUEMAS NOVEDOSOS DE OPERACIÓN DE LAS ASEGURADORAS.

Y POR ÚLTIMO, LA AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS CON ALTA TECNOLOGÍA EN VIRTUD DE QUE NO EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA INVERSIÓN EN ESTE CAMPO Y OFRECE GANANCIAS ELEVADAS, TODA VEZ QUE EL EXCEDENTE BRUTO DE OPERACIÓN PARA EL SECTOR PRIVADO SIGNIFICA TRES CUARTAS PARTES DE LA PRODUCCIÓN BRUTA TOTAL QUE ÉL MISMO GENERA. ADEMÁS, NO EXISTE LIMITANTES A LA LIBRE TRANSFERENCIA AL EXTERIOR DE UTILIDADES Y DIVIDENDOS.

SIN EMBARGO, ESTOS EFECTOS NO SE APRECIARÁN EN EL CORTO PLAZO. POR UN LADO, EL PRINCIPAL OBSTÁCULO QUE EXISTE SON LOS BAJOS NIVELES DE PODER ADQUISITIVO DE LA POBLACIÓN, QUE EN LA DÉCADA PASADA LOS SALARIOS MÍNIMOS ESTABLECIDOS SE MANTUVIERON CONTROLADOS DE TAL FORMA QUE EL MONTO ACTUAL, EN TÉRMINOS REALES ES SIMILAR AL DE HACE DIEZ AÑOS (0.43 NUEVOS PESOS). AUNQUE, SU CAPACIDAD ADQUISITIVA SE REDUJO EN UN 47%, RAZÓN POR LA CUAL EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD NO RESULTA ATRACTIVO PARA LOS OFERENTES DE DICHS SERVICIOS: LOS MÉDICOS QUE TRABAJAN SOLOS Y LOS GRANDES INVERSIONISTAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS.

POR OTRO, ESTE MERCADO, EN MÉXICO SE ENCUENTRA DOMINADO POR LOS SERVICIOS PÚBLICOS: ATENDEN AL 87% DE LA POBLACIÓN, PARTICIPAN CON EL 54% DEL GASTO PÚBLICO Y TIENEN RESERVADA EL NO LICITAR INTERNACIONALMENTE EL 10% DE LAS ASQUISICIONES DEL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS HASTA EL AÑO 2002. ADEMÁS ADMINISTRA LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL COMO EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. TAMBIÉN CONTROLA EL FUNCIONAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA POBLACIÓN DE BAJOS RECURSOS Y QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN FORMAL DE TRABAJO, EN CUYO CASO SE ENCUENTRA LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

EN CONSECUENCIA, ES DE ESPERARSE UNA TENDENCIA A LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASPECTO QUE RESULTA DE LA REDEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTADO EN EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO Y COMO PRODUCTO DE LA CORRIENTE ECONÓMICA NEOLIBERAL. EN EFECTO, EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000 SUSCRITO POR EL ACTUAL GOBIERNO, PROPONE LA REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, CON EL FIN DE LOGRAR UNA

MAYOR RACIONALIDAD ECONÓMICA, UNA ADMINISTRACIÓN MÁS EFICIENTE Y LA FORMACIÓN DE UN MERCADO MÁS AMPLIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

EN CUANTO AL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, EL TRATADO INDUCE AL REFORZAMIENTO EN LA APARICIÓN COMO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE LOS PADECIMIENTOS PROPIOS DE PAÍSES DESARROLLADOS COMO SON LOS PROBLEMAS DEL CORAZÓN, EL CÁNCER Y LOS ACCIDENTES, ASPECTOS QUE RESULTAN DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA POR LA AMPLIACIÓN DEL MERCADO DE BIENES QUE TRAE APAREJADA ALTOS GASTOS EN PUBLICIDAD Y QUE PROPICIAN EL CONSUMISMO IRRACIONAL EN PERJUICIO DE LA SALUD.

ADEMÁS, EL INCREMENTO DE ESTOS PADECIMIENTOS SE VERÁ FORTALECIDO POR EL AUMENTO DE LA POBLACIÓN EN EDAD AVANZADA, QUE ACTUALMENTE REPRESENTA EL 4% Y PRESIONAN SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS POR PROBLEMAS PROPIOS DEL ENVEJECIMIENTO, QUE REQUIEREN UN VOLUMEN MAYOR DE SERVICIOS EN CUANTO A CONSULTAS, DÍAS DE ESTANCIA EN LOS HOSPITALES Y MEDICAMENTOS.

EN SÍ, LOS SERVICIOS DE SALUD SE ENCUENTRAN EN EL UMBRAL DE SER MEJORES EN CUANTO CALIDAD Y CONTAR CON UNA MAYOR DISPONIBILIDAD DE RECURSOS, PERO ELLO ¿LOGRARÁ EL CONTROL DE LOS RIESGOS Y PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN?, ESTA RESPUESTA SE OBTENDRÁ EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, CUANDO MADURE LA APLICACIÓN DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN NORTEAMÉRICA.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEYNE GEORGE. "LA SALUD Y DESARROLLO" BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. VOL. 94 No.1 ABRIL. 1983.
- ALMANAQUE MUNDIAL AÑOS 1982 Y 1990.
- ANUARIO CANADIENSE, 1994.
- AYALA Y SCHAEFFER. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: CRISIS, AJUSTE Y GRUPOS VULNERABLES. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MORELOS, 1991. PERSPECTIVAS DE LA SALUD PÚBLICA, Nº 12.
- CARRASCO MORA Y MARTÍNEZ HERCH. INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA. MÉXICO: TRILLAS Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, 1990.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. PORRÚA, MÉXICO 1994
- COPLAMAR. NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO: SALUD. MÉXICO. SIGLO XXI. 1983, SEGUNDA EDICIÓN VOL. 4.
- CUADERNOS DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Nº 7. "SISTEMA NACIONAL DE SALUD: AVANCES Y PERSPECTIVAS" S.S.A., MÉXICO, 1984.
- DE LA MADRID H. MIGUEL INFORME DE GOBIERNO III ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL, ANEXO ESTADÍSTICO.
- DIRECTORIO DE HOSPITALES DE CANADÁ, 1992.
- EMBAJADA DE CANADÁ. HEALTH CARE IN CANADA, FOLLETO FEB. 1993.
- ENCICLOPEDIA PRÁCTICA DE ECONOMÍA. ORBIS: BARCELONA, 1983. VOL. VI.
- FELDSTEIN MARTIN S. ECONOMIC ANALYSIS, OPERATIONAL RESEARCH, AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE, OXFORD ECONOMICS PAPERS. 14: No. 1, MARCH. 1963.
- FELDSTEIN PAUL J. AN EMPIRICAL INVESTIGACION OF THE MARGINAL COST OF HOSPITAL SERVICES. CHICAGO. GRADUATE PROGRAM IN HOSPITAL ADMINISTRATION, UNIVERSITY OF CHICAGO.
- FRIEDMAN. NILTON. TEORÍA DE LOS PRECIOS. ALIANZA EDITORIAL. 1972.
- FUCHS, VÍCTOR R. THE HEALTH ECONOMY. USA: HARVARD UNIVERSITY PRESS, 1986.
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. INNOVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL. 1995.
- GÓMEZ LUNA MARÍA EUGENIA. "LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO". SECRETARÍA DE SALUD, GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PLANEACIÓN Y FINANCIAMIENTO EN LA SALUD: NUEVOS ESQUEMAS ANTE LA CRISIS. SSA, MÉXICO, 1988.

- GONZÁLEZ CARBAJAL EULETERIO. DIAGNÓSTICO DE SALUD EN MÉXICO. MÉXICO, TRILLAS, 1990.
- GREENFIELD HARRY I. MEDICAL CARE IN THE UNITED STATES: ON ECONOMIC WORK - UP. PAPER DELIVERED AT THE AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE, CLEVELAND, OHIO, DEC. 26, 1963.
- GREGG ALAN. CHALLENGES TO CONTEMPORARY MEDICINE, NEW YORK, COLUMBIA UNIVERSITY PRESS, 1956.
- ÍNDICES DE PRECIOS, BANCO DE MÉXICO, 1983-1993.
- INEGI. ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES, 1992.
- INEGI. SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE MÉXICO, 1980-1993.
- LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA. DOCUMENTO MIMEOGRAFIADO, SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA DEL ISSSTE.
- LAURELL ASA CRISTINA. EL IMPACTO DEL T.L.C. EN EL SECTOR SALUD. U.A.M. XOCHIMILCO
- LAURELL ASA CRISTINA. PARA LEER EL T.L.C. EN RELACIÓN CON EL SECTOR SALUD. U.A.M. XOCHIMILCO
- LEES D. S. HEALTH THROUGH CHOICE. LONDON, INSTITUTE OF ECONOMIC AFFAIRS, 1961.
- LEY DE SEGURO SOCIAL. IMSS, MÉXICO 1989.
- LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ISSSTE, MÉXICO, 1990.
- LEY GENERAL DE SALUD, S.S.A., 1991
- LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL. DIARIO OFICIAL, 22 DE DIC. DE 1993.
- MORENO, GÓMEZ Y LÓPEZ. FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD. ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD COLECTIVA. T.I. MÉXICO: UNAM, 1990.
- MUSHKIN SALMA J. "TOWARD A DEFINITION OF HEALTH ECONOMICS", PUBLIC HEALTH REPORTS, 73 No. 9, SEPTEMBER, 1958.
- O.M.S. HEALTH EXPENDITURES IN CANADA. DOCUMENTO REPRODUCIDO, 1993.
- OCDE. HEALTH CARE REFORM PROJECT NATIONAL PAPER CANADA. MINISTERS OF HEALTH AND FINANCE MEETING. JUN. 1992.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. " PRESIDENT CLINTON'S PROPOSAL FOR REFORMING THE U.S HEALTH CARE SYSTEM" SERIE DE DOCUMENTOS REPRODUCIDOS Nº 36.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LAS CONDICIONES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. EDICIÓN 1990. V. II

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LAS CONDICIONES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. EDICIÓN 1990. V. II.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000, S.I.L.C.P., DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 31 DE MAYO DE 1995.
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988. S.S.A. MÉXICO, 1984.
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD. 1990-1994, S.S.A. MÉXICO.
- RAFFEL MARSHALL W. Y RAFFEL NORMA K. THE U.S. HEALTH SYSTEM: ORIGINS AND FUNCTION. WILEY JOHN & SONS; NEW YORK, USA. TERCERA EDICIÓN 1989.
- ROEMER MILTON I. Y SHAIN MAX. HOSPITAL UTILIZACION UNDER INSURANCE. CHICAGO, AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1959.
- RUIZ DE CHÁVEZ Y OTROS. ENFOQUE DE LA SALUD COMO SECTOR SOCIAL Y ECONÓMICO. SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO, 1988.
- S.E.P. DOCUMENTOS MIMEOGRAFIADOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES, 1994
- S.E.P., LEGISLACIÓN EN MATERIA DE PROFESIONES, MÉXICO 1991
- S.S.A. ANUARIOS ESTADÍSTICOS, 1983-1994.
- S.S.A. BOLETINES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SECTORIAL., 1983-1993.
- SALINAS G. CARLOS. INFERMOS DE GOBIERNO V, VI ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL, ANEXO ESTADÍSTICO.
- SAMUELSON PAUL A. CURSO DE ECONOMÍA MODERNA. AGUILAR, 1975.
- SAN MARTÍN Y PASTOR. ECONOMÍA DE LA SALUD. INTERAMERICANA DE ESPAÑA, MCGRAW-HILL, MADRID, 1989.
- SECOFI, SERVICIOS, MONOGRAFÍA 9 DE LA SERIE TRATADO DE LIBRE COMERCIO EN AMÉRICA DEL NORTE. MÉXICO, 1991.
- SECOFI, TEXTO OFICIAL DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO. MÉXICO, MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, 1993.
- SECOFI. TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE: FRACCIONES ARANCELARIAS Y PLAZOS DE DESGRAVACIÓN. MIGUEL ÁNGEL PORRÚA; MÉXICO, 1993.
- SECOFI. MONOGRAFÍA N° 5 COMPRAS GUBERNAMENTALES. SECOFI, 1991.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETÍN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA 1991. MÉXICO. S.S.A.
- TRATADO DE LIBRE COMERCIO ENTRE MÉXICO, CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS. SECOFI, MIMEOGRAFIADO, 1992
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. HEALTH UNITED STATES 1992 AND HEALTHY PEOPLE 2000 REVIEW. HASTTSVILLE, MARYLAND. U.S.A, 1993.
- X Y XI CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA.

ÍNDICE DE CUADROS

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

CUADRO 1	PERSONAL OCUPADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON EL LUGAR 1980-1991
CUADRO 2	MÉDICOS EN CONTACTO CON EL PACIENTE 1980-1990
CUADRO 3	NÚMERO DE HOSPITALES DE CORTA PERMANENCIA POR TIPO DE PROPIEDAD Y TAMAÑO 1980-1991
CUADRO 4	NÚMERO DE CAMAS EN HOSPITALES DE CORTA PERMANENCIA POR TIPO DE PROPIEDAD Y TAMAÑO 1980-1991
CUADRO 5	HOSPITALES COMUNITARIOS, CAMAS POR 1,000 HABITANTES Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN 1980-1990
CUADRO 6	NÚMERO DE HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD 1980-1991
CUADRO 7	NÚMERO DE CAMAS EN HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD 1980-1991
CUADRO 8	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LARGA PERMANENCIA POR ORIENTACIÓN Y TIPO DE PROPIEDAD
CUADRO 9	GASTO EN SALUD DENTRO DEL P.N.B. Y GASTO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL Y LOCAL 1980-1991
CUADRO 10	GASTO NACIONAL EN SALUD Y PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE SERVICIO Y ORIENTACIÓN 1980-1991
CUADRO 11	POBLACIÓN RESIDENTE DE ACUERDO CON LA RAZA, ORIGEN HISPANO, SEXO Y GRUPOS DE EDAD 1980
CUADRO 12	POBLACIÓN RESIDENTE DE ACUERDO CON LA RAZA, ORIGEN HISPANO, SEXO Y GRUPOS DE EDAD 1990

CUADRO 13	ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 65 AÑOS PARA TODAS LAS RAZAS, RAZA BLANCA Y NEGRA, Y POR SEXO.
CUADRO 14	COBERTURA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS 1980-1989
CUADRO 15	COBERTURA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
CUADRO 16	PORCENTAJE DE PERSONAS POR DEBAJO DEL NIVEL DE POBREZA DE ACUERDO CON LA RAZA Y ORIGEN HISPANO 1980-1991
CUADRO 17	TASAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES AJUSTADAS POR EDAD Y CAUSA SELECCIONADA Y NÚMERO DE ORIGEN 1980-1990
CUADRO 18	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1,000 NACIDOS VIVOS DE ACUERDO CON LA RAZA Y ORIGEN HISPANO DE LA MADRE 1983-1987
CUADRO 19	CONSULTAS MÉDICAS POR PERSONA DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS 1986-1991
CUADRO 20	EGRESOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA EN HOSPITALES DE CORTO PLAZO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS 1986-1991
<u>CANADÁ</u>	
CUADRO 21	NÚMERO DE MÉDICOS Y PERSONAS POR MÉDICO 1975-1988
CUADRO 22	CAMA POR 1,000 HABITANTES Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN EN HOSPITALES
CUADRO 23	UTILIZACIÓN HOSPITALARIA (TASA POR 100,000 HABITANTES)
CUADRO 24	HOSPITALES CLASIFICADOS POR TIPO Y NÚMERO DE CAMAS 1988
CUADRO 25	HOSPITALES PÚBLICOS CLASIFICADOS POR TIPO, TAMAÑO Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
CUADRO 26	TOTAL DE GASTOS EN SALUD EN CANADÁ
CUADRO 27	GASTOS TOTALES EN SALUD PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN
CUADRO 28	GASTOS EN SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL, PROVINCIAL Y MUNICIPAL

- CUADRO 29 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN
- CUADRO 30 ESPERANZA DE VIDA
- CUADRO 31 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1,000 NACIDOS VIVOS
- CUADRO 32 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 1990

MÉXICO

- CUADRO 1 TOTAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD
- CUADRO 2 PERSONAL MÉDICO
- CUADRO 3 PERSONAL PARAMÉDICO
- CUADRO 4 PERSONAL ADMINISTRATIVO
- CUADRO 5 UNIDADES MÉDICAS TOTALES
- CUADRO 6 UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA (PRIMER NIVEL)
- CUADRO 7 UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL (SEGUNDO NIVEL)
- CUADRO 8 UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA (TERCER NIVEL)
- CUADRO 9 CONSULTORIOS
- CUADRO 10 CAMAS CENSABLES
- CUADRO 11 LA RAMA DE SALUD EN LA GENERACIÓN DEL P.I.B. 1983-1993
- CUADRO 12 GOBIERNO GENERAL EN LA GENERACIÓN DEL P.I.B. DE LA SALUD 1983-1993
- CUADRO 13 GASTO TOTAL EN SALUD 1983-1993
- CUADRO 14 GASTO EN SALUD EN ALGUNAS DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO GENERAL 1983-1993
- CUADRO 15 DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROGRAMÁTICO DE ALGUNAS DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO GENERAL POR PRINCIPAL ÁREA DE SALUD
- CUADRO 16 POBLACIÓN TOTAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA 1980-1994

CUADRO 17	COBERTURA POTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CUADRO 18	ÍNDICES NACIONALES DE PRECIOS AL CONSUMIDOR Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1994
CUADRO 19	PRODUCCIÓN BRUTA TOTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1993
CUADRO 20	PRODUCCIÓN BRUTA DEL SECTOR PRIVADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1993
CUADRO 21	PRODUCCIÓN BRUTA DEL SECTOR PÚBLICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD 1983-1993
CUADRO 22	PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN LEGAL O POTENCIAL DE CADA INSTITUCIÓN 1989-1993
CUADRO 23	MORTALIDAD
CUADRO 24	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
CUADRO 25	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO
CUADRO 26	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
CUADRO 27	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO, SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1991
CUADRO 28	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAONOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO, SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1993
CUADRO 29	SALARIOS MÍNIMOS GENERALES URBANOS A PRECIOS CORRIENTES Y CONSTANTES, ÍNDICE DE CRECIMIENTO Y DEL PODER ADQUISITIVO
CUADRO 30	HOGARES POR MÚLTIPLO DE SALARIO MÍNIMO GENERAL Y POR TAMAÑO DE LOCALIDAD EN 1992
CUADRO 31	ORIENTACIÓN DEL GASTO EN HOGARES 1983-1992
CUADRO 32	ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD DE LOS HOGARES NACIONAL Y POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD EN 1992
CUADRO 33	CONSULTA EXTERNA TOTAL
CUADRO 34	CONSULTA EXTERNA GENERAL
CUADRO 35	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

CUADRO 36 **DOSIS APLICADAS DE BIOLÓGICOS**

CUADRO 37 **EGRESOS HOSPITALARIOS**

CUADRO 38 **DÍAS PACIENTE**

FIGURA 1 **FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD**