

6
28j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

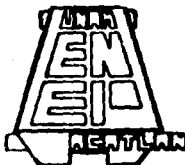
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

FALLA DE ORIGEN

GASTO EN SALUD DURANTE LA ADMINISTRACION DE
MIGUEL DE LA MADRID HURTADO
1983 - 1988

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A :
FRANCISCO BARRAGAN GONZALEZ



ACATLAN, EDO. MEX.

SEPTIEMBRE DE 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES Y HERMANOS

A IRMA, NIDIA Y ALEJANDRO

**Mi sincero agradecimiento al Lic. Enrique Aceves Cubas,
catedrático de la ENEP-ACATLAN, por sus valiosas
aportaciones en la realización de la presente tesis.**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO	4
1.1. Marco de Referencia	4
1.2. Antecedentes de los Servicios de Salud	8
1.3. Diagnóstico de Salud en el País hasta 1988	16
1.3.1. Factores Condicionantes	17
1.3.2. Principales daños a la Salud	21
CAPITULO II	
LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL	27
2.1. Concepto de Administración Pública	27
2.2. El Crecimiento del Sector Salud	29
2.3. Bases Jurídicas de los Servicios de Salud	31

2.4. Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud	34
2.4.1. Organización	34
2.4.2. Niveles de Atención para la Prestación de Servicios	36
2.5. Coordinación y Sectorización de los Servicios	39
CAPITULO III	
GASTO EN SALUD DURANTE EL PERIODO DE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO	48
3.1. Aspectos Generales del Gasto Público	48
3.1.1. Concepto	48
3.1.2. Clasificación	50
3.2. Gasto Ejercido en Salud durante 1983-1988	54
3.2.1. El Comportamiento de la Economía hasta 1988	54
3.2.2. Evolución y Tendencia del Gasto en Salud	56
3.3. Gasto Programático	63
3.3.1. Recursos para la Salud	66

3.4. Algunos Aspectos de Productividad.	71
3.5. El Gasto en Salud en los últimos años	73
3.6. Perspectivas del Gasto en Salud	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
Conclusiones	80
Recomendaciones	90
Anexos: Cuadros y Gráficas	102
Bibliografía	120

INTRODUCCION

La situación de salud de la población de un país depende en gran medida de las políticas que en la materia implanten los diferentes gobiernos al respecto, lo que a su vez determina el monto y orientación del gasto que se canaliza para éstos servicios. Por otra parte, su adecuado funcionamiento está sujeto a la forma en que se utilizan los recursos en la creación de infraestructura, dotación de insumos y asignación de recursos humanos para el desarrollo de estas actividades.

En la presente tesis que se ha denominado "El Gasto en Salud durante la Administración de Miguel de la Madrid Hurtado, 1983-1988", se analiza el gasto que el Gobierno Federal canaliza para éstos fines, tratando de correlacionar dos fenómenos que son: la disponibilidad de recursos y su impacto en la capacidad de oferta de servicios por parte de las instituciones. La importancia de tomar como referencia el período Delamadridista para llevar a cabo este estudio se debe principalmente a tres aspectos básicos: a) durante esta administración se inició una modernización sustancial en el sector salud; b) el gasto en salud se vió disminuido en términos reales en comparación con otros períodos; y c) como consecuencia de lo anterior, es en éste sexenio cuando se intensificó el proceso de racionalización al interior del sector, bajo la premisa de "Hacer más con menos".

Para la realización de este trabajo se parte de la hipótesis de que durante la administración de Miguel de la Madrid Hurtado, además de los limitados recursos presupuestarios destinados para las áreas de salud, existió un inadecuado aprovechamiento de los mismos (distribución desigual y diseminación en diferentes organismos), situación que ha seguido persistiendo en los últimos años, lo que hace necesario instrumentar medidas eficaces que

tiendan hacia una mayor racionalización del gasto que se destina para estos fines.

Asimismo, para apoyar lo anterior, se consideran las siguientes hipótesis colaterales:

1. A partir de la década de los cuarentas se dio en el país un crecimiento anárquico de los servicios de salud, propiciando una amplia e innecesaria desagregación de estas acciones dentro de la Administración Pública Federal, situación que hasta la fecha persiste.
2. La estructura de la morbi-mortalidad refleja la transición del desarrollo económico y político que ha tenido el país, sin embargo, en la actualidad, un gran número de enfermedades y muertes ocurridas en México, podrían evitarse mediante acciones sencillas de salud y mejorando la calidad de los servicios.
3. En la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se impulsó un proceso gradual de modernización del Sector Salud, a través de mecanismos de coordinación, integración y descentralización de los servicios, el cual aunque tuvo resultados importantes, no fue suficiente para desterrar vicios e inercias que privan al interior del sector, por lo que la consolidación de este proceso quedó bajo la responsabilidad de la siguiente administración (1988-1994), en la cual se registraron limitados alcances en la materia.

Este trabajo está conformado por tres capítulos, en el primero se incluye un análisis de la evolución que han tenido los servicios de salud en el país, sobre todo a partir de la época independiente, por ser éste período donde se crean formalmente organismos encargados de vigilar o desarrollar estas acciones.

Dentro de este apartado se incluye un diagnóstico general de la situación de salud de la población mexicana hasta 1988.

El segundo capítulo muestra la conformación del sector salud hasta 1988 y su enclave dentro de la Administración Pública Federal, asimismo, se analizan los aspectos legislativos de los servicios de salud, su organización a nivel nacional, así como las acciones de coordinación sectorial realizadas al respecto.

El tercer capítulo está enfocado al análisis propiamente de los aspectos relacionados con el gasto en salud durante 1983-1988, especificando los que se refieren a la composición, tendencia y distribución de los recursos presupuestarios destinados para los servicios de salud, incluyéndose aspectos que se refieren al gasto programático y a la productividad de las instituciones. En este apartado también se hace referencia al comportamiento que tuvo el gasto en salud en los últimos años y se analizan sus perspectivas a futuro.

Se incluye un apartado que contempla las conclusiones y recomendaciones generadas como consecuencia del desarrollo de cada capítulo y se incorpora un anexo con cuadros y gráficas que contienen la información básica que sirvió de apoyo en el desarrollo del presente estudio.

CAPITULO I

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

CAPITULO 1

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

1.1 MARCO DE REFERENCIA

La salud es un concepto difícil de definir y por lo tanto, de cuantificar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental que un estado trata de alcanzar para sus habitantes. Es un objetivo social necesario de la población, para que pueda vivir mejor y que todos los pueblos del mundo deben alcanzar.

El término salud como concepto y meta de acción es impreciso. En efecto en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, social, biológica y psicológicamente cambiante de un estado a otro, dependiendo de diversos factores. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso, ya que el ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que determinan, en buena medida, su salud-enfermedad. La conceptualización del proceso salud-enfermedad debe por tanto, incluir sus elementos determinantes no solo individual, sino también socialmente.¹⁾ Se dice que la salud es un proceso biológico y social, históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico y complejo.

¹⁾ Necesidades esenciales en México, Situación Actual y Perspectivas al año 2000, Tomo 4, "Salud", COPLAMAR-SXXI, México, 1982, pág. 19.

El proceso salud-enfermedad que un individuo presenta tiene varias determinantes, que al analizarlas desde un punto de vista histórico-fundamental se agrupan en dos grandes aspectos: 1) el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y 2) el tipo de relaciones sociales que se establezca entre sus miembros. Ambos aspectos explican las condiciones materiales de vida y de salud de los diferentes grupos sociales, las que a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte. En la antigüedad, el hombre se encontraba totalmente sujeto a los peligros de la naturaleza, llegar a la edad adulta era poco común, pues una buena parte de la población sucumbía en la infancia y los adultos se exponían a grandes riesgos durante la búsqueda de alimentos y otros bienes de subsistencia. Sin embargo con la evolución de la especie humana y su desarrollo económico-social ha traído consigo cambios sustanciales en sus condiciones de vida. Ahora bien los logros resultantes de la capacidad productiva de la sociedad se han distribuido en forma desigual y, por tanto sólo han beneficiado la salud de algunos sectores. Cuando estos logros llegan a capas amplias de la población y transforman sus condiciones materiales de vida, es cuando se dan los cambios más profundos en la salud.²⁾

La base material y el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, reflejan el grado de desarrollo de una sociedad determinada, su composición interna y su estructura de clases. A su vez, la situación de salud de un país depende de las condiciones de vida de tal población, lo cual está relacionado directamente con los recursos y con los ingresos de sus habitantes y el medio ambiente socio-económico en el que habitan.

Para proporcionar servicios de salud y con ello resolver parte del problema, en cada formación económico-social del país se generan una o varias

²⁾ Ibidem, pág. 20.

instituciones que enfrentan en menor o mayor medida, las necesidades de salud de una población determinada.

México es un país que actualmente cuenta con tres esquemas básicos para la atención a la salud de su población:

El primero lo constituye el sector privado integrado por individuos o grupos reunidos en unidades, que prestan servicios como negocio. Este tipo de servicios de salud no compite como en otros países con la medicina institucional, antes bien se sirve de ésta, pues las instituciones son una fuente segura de clientela para muchos médicos que además de trabajar en ellas tiene una práctica particular. De esta forma la medicina privada orienta sus servicios básicamente a las clases que cuentan con los recursos necesarios para pagar en forma directa, aunque como sabemos, existen núcleos de población que no están cubiertos oficialmente por ninguna institución de salud y que se ven en la necesidad de recurrir a los servicios médicos privados, los cuales muchas veces se ejercen con un sentido más comercial que profesional. Así, tanto en las áreas urbanas como en las rurales el médico, a través de sus conocimientos está en posición de explotar a los pacientes que requieren de sus servicios.³⁾

El segundo esquema básico para la atención a la salud de la población es realizado a través del régimen de seguridad social, el cual está basado en un derecho gremial adquirido por los trabajadores, a la prestación de servicios relacionados directamente con la salud. De las instituciones que llevan a cabo estos servicios destacan el IMSS y el ISSSTE, ya que proporcionan a sus afiliados y a los familiares de éstos servicios personales, sobre todo de orden curativo y rehabilitatorio, para lo que disponen de una cantidad

³⁾ Crevena Pedro "Un Pueblo Sin Salud", en seis aspectos del México Real, Ed. Universidad Veracruzana 1989, págs. 160 y 161.

mayor de recursos que incluso los que tiene la dependencia encargada de coordinar este sector, la SSA.

El tercer esquema básico para la atención a la salud, está integrado por los servicios de asistencia pública, los que se ajustan al postulado de la salud, derecho de todos los mexicanos, lo que obliga al Estado a proporcionarlos para fomentar, conservar y recuperar la salud de la población. Estos servicios eran otorgados hasta 1988 principalmente por la SSA, IMSS-COPLAMAR, DIF y DDF.

La Secretaría de Salud tiende a estructurar un sistema de atención a la salud que corresponda a las necesidades reales de la población, por ello se dice que ésta institución se aproxima a la jerarquización de los problemas de salud de acuerdo a la importancia que se requiere en cada localidad, planteando alternativas que se cristalizan en diversos planes y programas a nivel institucional y sectorial; la SSA identifica a la salud-enfermedad como un problema colectivo y la ataca individual y colectivamente, a través de medidas de prevención y curación además de controlar ciertos riesgos y atender en forma global los problemas epidémicos, y de enfermedades transmisibles.

Uno de los objetivos que se buscan al otorgar una adecuada salud para el trabajador y su familia y la población en general, es el de distribuir el ingreso, a través de servicios de salud; sin embargo en el país este objetivo aun no ha podido cumplirse adecuadamente.

1.2 ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para efectos del presente trabajo, se han dividido los antecedentes de los servicios de salud en nuestro país en tres periodos, tratando de establecer en ellos ciertas características importantes que dan realce a una situación determinada en la época correspondiente.

Periodo de 1821 - 1918

Al consumarse la independencia, la nación confrontó un estado de extrema y grave insalubridad, consecuencia de la introducción de mortales enfermedades del viejo mundo y de la situación económica deplorable en que vivían la inmensa mayoría de los mexicanos. Dentro de las enfermedades traídas de Europa además de la viruela, arma desconocida y mortífera de aniquilamiento físico y mental, siguieron el sarampión, el tifo, el paludismo, la tifoidea, las paperas, la influenza y otras más.

El gobierno de México Independiente no encontró organismo alguno que se responsabilizara de la salud pública del país; con vida precaria continuó el protomedicato * por 10 años, ocupándose del ejercicio de la medicina en el Distrito Federal.

La primera disposición de la Administración Republicana dirigida a proporcionar a los ciudadanos "su salubridad, comodidad y cuantos bienes trae consigo una buena policía", es el Bando de Policía y Buen Gobierno, hecho público el 7 de febrero de 1825, que obligó a los ciudadanos al aseo de las calles al frente, los costados de la espalda de las casas, hasta lo referente a fondas, vinaterías, así como construir letrinas en las casas y albañales en las accesorias.

* Organismo perteneciente a la Colonia, formado para vigilar las actividades farmacéuticas y del ejercicio de la medicina.

En 1846 se crea el Consejo de Salubridad General del Departamento de México, el cual tenía atribuciones para vigilar la salubridad pública en los Distritos y Territorios Federales, pues se dejaba a los estados la atribución de legislar en esa materia.⁴⁾

En la época de la Reforma, Juárez creó la Dirección General de Beneficencia (1861), con el propósito de "Centralizar los servicios hospitalarios y para organizar, coordinar y sostener a través de impuestos, loterías, fondos dotales y legados; la beneficencia pública, a fin de convertirla en un servicio público dependiente del Estado.

Durante el Gobierno Porfirista se conforman las bases jurídicas en materia de Salud Pública, ya que en 1881 se promulgó el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y se crea en ese mismo año la Dirección General de Fondos de la Beneficencia Pública dependiente de la Secretaría de Gobernación que asignaba a los estados la responsabilidad en la ejecución de las acciones en sus ámbitos territoriales, dicho código fue reformado en 1894 y 1902 y contenía disposiciones para ejercer el control e higiene de los alimentos, la lucha antirrábica, la vigilancia de puertos y fronteras, preveía el establecimiento de cuarentenas y regulaba la introducción de sistemas de agua potable y alcantarillado. A fines del porfirato se procuró una descentralización de las tareas sanitarias, mediante Consejos y Juntas Sanitarias, dependientes de los Ayuntamientos.⁵⁾

Período 1917 - 1982

La organización sanitaria asistencial surgió en la Constitución de 1917 en el Artículo 73, Fracción XVI, creándose el Departamento de Salubridad y el

⁴⁾ Salubridad General, "Colección México a través de los Informes Presidenciales". Presidencia de la República, S/F, págs. XV y XVI.

⁵⁾ Necesidades Esenciales en México, op, cit., pág. 115.

Consejo de Salubridad General, con facultades ejecutivas y para dar disposiciones sanitarias en todo el país.

Entre las acciones en materia de salud pública que destacan durante la gestión Obregonista está la de impulsar el saneamiento antimalárico y la campaña contra la fiebre amarilla. En este periodo se organiza la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, y se crearon el servicio autónomo de Higiene Infantil y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.

En el periodo del Presidente Calles en 1926 se modifica el Código Sanitario en los siguientes renglones: Federaliza la salubridad mediante la centralización de la autoridad sanitaria en el Consejo de Salubridad General y en el Departamento de Salubridad y la delimitación de las funciones estatales y locales; se impulsa la educación higiénica; se sientan las bases de la higiene industrial y se reglamenta la propaganda de mercancías que pueden dañar a la salud humana.

Durante 1928 - 1934 los Estados de la República Mexicana establecieron sus propios Consejos y Departamentos de Salubridad, lo que ocasionó constantes conflictos de jurisdicción entre autoridades sanitarias federales y estatales. Para solucionar este problema, a fines del periodo de Abelardo Rodríguez se establece un nuevo Código Sanitario en el cual se declara de interés público y nacional la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios.⁶⁾

En términos generales puede decirse que hasta fines de los años treinta, los Servicios de Salud no eran una obligación del Estado, quedaban al arbitrio de la Beneficencia Pública y Privada. Las acciones que aquel emprendía a nivel nacional eran primordialmente de saneamiento (campañas contra el

⁶⁾ Ibidem., págs. 116 y 117.

paludismo, la fiebre amarilla, etc.) y, en segundo término, las de asistencia médico-social.

En el período del General Lázaro Cárdenas inició una política de atención al medio rural, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y los servicios médico - sanitario - ejidales, que en 1941 pasaron a ser los Servicios Rurales Cooperativos. También se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas, que incluían la prestación de los servicios médicos.⁷⁾ Entre las principales acciones de salud que se llevaron a cabo en el período Cardenista están las siguientes.⁸⁾

- 1) 1936. La creación de los servicios de higiene industrial para proteger la salud de los trabajadores y de los servicios sanitarios ejidales cooperativos.
- 2) 1937. La creación de la Secretaría de Asistencia que surge de la fusión de las antiguas beneficencias pública y privada del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil. Se planteó el control de alimentos y bebidas y la lucha contra enfermedades transmisibles como la oncoserculosis, la sífilis, el paludismo, la tuberculosis, la lepra y otras parasitosis.
- 3) 1938. La creación e impulso de la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal. El Sistema de Servicios Coordinados de Salud Pública se reorganizó y extendió en todas las entidades federativas. En este año también se fundó la escuela de Medicina Rural, y se impulsó la lucha contra la tuberculosis.

La Segunda Guerra Mundial conllevó al país a avanzar en el proceso de industrialización, sobre todo de las industrias relacionadas con materiales para

⁷⁾ López Acuña Daniel, "La Salud Desigual en México" SXXI Editores, Cuarta Edición, México, op. cit., pág. 117.

⁸⁾ Necesidades Esenciales en México, op. cit., pág. 117.

la construcción, alimentos, textil y bienes de consumo final; así como la agricultura que incrementó notoriamente sus exportaciones. Ante esta situación de configuración la política estatal en materia de Salud tiende a cambiar de orientación dirigiéndose los servicios de salud principalmente a determinados grupos sociales de la población, como eran los directamente vinculados al proceso industrial y a los empleados que prestan sus servicios para el Gobierno.

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, este nuevo organismo se encargaría en lo sucesivo del establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salubridad y asistencia. Se crea en ese mismo año el Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo público descentralizado para proporcionar a los trabajadores, sobre todo de la rama industrial, servicios de bienestar social, entre los que se encuentran los de salud.

En general a partir de 1940, las tendencias de los servicios de salud fueron: ⁹⁾

- 1) Un crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social.
- 2) La extensión de una red hospitalaria de la SSA que finalmente quedó inconclusa.
- 3) Las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de las medidas de la medicina preventiva.
- 4) Persistencia de introducir servicios médicos al campo, mediante programas diversos. Considerando esas tendencias se observa que la atención a la

⁹⁾ Ibidem., pág. 119.

Salud se volvió casi exclusivamente curativa por medio de servicios médicos en hospitales, con excepción de las campañas de inmunización, no se recurrió al resto de los recursos preventivos. Los servicios no personales de Salud fueron prácticamente ignorados en las políticas de Salud a excepción de la campaña contra el paludismo; de las erradicaciones de la viruela (1952) y del vector de la fiebre amarilla urbana (1962).

En 1959, dado el crecimiento de la burocracia estatal la Dirección General de Pensiones Civiles creada desde 1925 se transforma en Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, que entre sus funciones cuenta con la de prestar servicios de salud a los trabajadores de la Federación. Sobre la misma base fueron creados los servicios de la salud de algunos organismos de empresas descentralizadas como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, etc. y de dependencias estatales selectivas como la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público todas ellas con clínicas y/o sanatorios para atención de sus empleados y familiares. También los sesentas vieron surgir instituciones de asistencia médica social para la población infantil tales como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Níñez.

También en 1973 se modifica el Código Sanitario y otorga apoyo legal a las acciones de higiene ocupacional y saneamiento ambiental.

En 1977 se fusionan el INPI y el IMAN en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual está encargado de realizar los programas de asistencia social en favor de la níñez y los ancianos.

Algunos intentos por extender la salud al medio rural y a las zonas marginadas han sido desarrollados por la SSA, a través de los programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al medio rural y suburbano (PEC) y el Comunitario Rural (PCR) ambos iniciados en 1977; el PEC pretendían atender en cinco años 13,666 localidades mediante auxiliares de salud comunitaria. Sin embargo, ninguno de los programas logró la cobertura deseada principalmente por falta de recursos presupuestarios destinados para esos fines.

La extensión de los servicios al medio rural se han logrado en cierta forma, a través del programa de Solidaridad social que surgió en 1979 cuando se firmó un convenio entre IMSS y COPLAMAR para establecer 2000 unidades rurales en regiones desatendidas.

También con el propósito de ampliar la cobertura de los Servicios de Salud en el medio urbano, en 1980 y hasta 1982 la Secretaría de Salubridad desarrolló el Programa de Atención a la Salud de la Población Marginada en Grandes Urbes, el cual tenía los siguientes objetivos: ¹⁰⁾

- a) Proporcionar la atención médica primaria a la población de áreas marginadas en las grandes ciudades.
- b) Mejorar las condiciones de saneamiento básico de las zonas urbanas marginadas.
- c) Elevar el nivel de educación para la salud.
- d) Corresponsabilizar a la población en la prevención, protección y restauración de su salud.

¹⁰⁾ Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes, SSA, Coordinación General de Planeación, 1981.

Período 1982 - 1988

En este periodo, se arribó a una nueva etapa en la prestación de los servicios de salud. Por un lado, se elevó a rango constitucional, el derecho a la protección de la salud y por el otro se prevé la constitución de un Sistema Nacional de Salud, coordinado por la SSA.

En diciembre de 1982 se reformó el Artículo 4º Constitucional que consagra el derecho a la protección de la salud en los siguientes terminos "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en Materia de Salubridad General conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución". ¹¹⁾ Sentándose los fundamentos para el nuevo Sistema Nacional de Salud.

Igualmente fue reformada la Fracción I del Artículo 39 de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, para agregar en el caso de la salud, la modalidad, de la sectorización programática y funcional y se expidió el decreto que establece que el DIF quedará agrupado al Sector Salud, encargándosele a ese organismo, la Asistencia Social. ¹²⁾

En febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, quedando establecidas las facultades que se atribuyen a la SSA como coordinadora del Sistema Nacional de Salud. Esta ley redistribuye la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas y define la naturaleza del derecho a la protección de la salud.

La Ley de Planeación señala a la programación como un instrumento idóneo para dar efectividad al Sistema Nacional de Salud y, prevé la instrumentación de un programa sectorial al que habrán de sujetarse los programas institucionales. Ese

¹¹⁾ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, comentada, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México 1985.

¹²⁾ Cuadernos de la SSA, No. 1, "Las Reformas Jurídicas para el Sistema Nacional de Salud", SSA, México 1983.

programa federal deberá convertirse en nacional abarcando a los tres niveles de gobierno y a los sectores social y Privado a través de las vertientes de coordinación, inducción y concertación.

En 1983, se expidió el decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases a que se sujetará el programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA y el 8 de marzo de 1984 se publicó el diverso que ordena la descentralización de los Servicios de la secretaria de Salud y de los denominados "IMSS-COPLAMAR", para integrar progresivamente Sistemas Estatales de Salud.

La concepción de la Salud se ha ampliado al incorporarse formalmente la Asistencia Social, la que se ha convertido en un conjunto de actividades prioritarias e integrado por un programa gubernamental.

Desde finales de 1985 se inició la descentralización de los servicios de salud a los estados a través de la integración programática y la integración orgánica. Al finalizar el sexenio de Miguel de la Madrid, se logró avanzar en el proceso en un total de 14 Entidades Federativas con fundamento Jurídico similar pero con diferentes modalidades orgánicas, dichas entidades son: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guerrero, Guanajuato, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.

Con la descentralización de los Servicios se busca que las entidades federativas constituyan sus propios Sistemas de Salud, para lo cual se signaron acuerdos Federación-Estados para la integración orgánica y descentralización operativa de los Servicios de Salud.

1.3 DIAGNOSTICO DE SALUD EN EL PAIS HASTA 1988

Muchos aspectos son los que inciden en una mayor o menor medida ó en una buena o mala salud de una población determinada. En México, hasta ahora, ha habido avances significativos como producto de una intensificación de las acciones del Estado en este campo, sin embargo se sabe que un adecuado estado de salud

no solamente depende de la falta de afecciones sino de un buen estado físico, mental y emocional de la persona. En este sentido, se puede hablar de que cierto individuo goza de buena salud, cuando cuenta con una vivienda decorosa donde habitar; un medio ambiente favorable; alimentación adecuada, así como un empleo fijo y remunerativo que le permita satisfacer sus necesidades más precarias. Con lo anterior estamos en posibilidad de elaborar aunque sea de manera muy general, un análisis de la situación de la Salud del país existente hasta 1988.

1.3.1 Factores Condicionantes

Durante el periodo analizado, la crisis económica por la que atravesó el país puso de relieve la estrecha asociación entre el bienestar económico y la situación de Salud. En este sentido, al reducirse el gasto en las áreas de bienestar social, se han agudizado las carencias en los satisfactores básicos de la población que inciden de manera importante en su Salud.

Vivienda

Para 1987 el número de viviendas en el país se estimaba en 15.2 millones, encontrándose diferencias regionales importantes:

En cuanto a la disponibilidad de agua potable, siete entidades federativas, la mayoría ubicada en la región norte del país, contaban con este servicio en más del 90% de sus viviendas, Por otro lado existían estados donde menos de 65% de estas disponían del vital líquido: destacan Guerrero con 45.5%, Chiapas con 53.7% y Tabasco con 53.8%.

Por lo que se refiere a viviendas con excusado de agua corriente, se mantuvieron las mismas diferencias regionales. Las entidades que contaban con este servicio en una proporción alta, fueron: Distrito Federal 93%, Agusacalientes 83.4%, Jalisco 9.9%, Baja California Norte 76.3%, Chihuahua 74.6%. Las entidades con las proporciones mas bajas fueron: Oaxaca 24.8%, Guerrero 28.1% Zacatecas 31.3% y Chiapas 32.7%.

Uno de los mejores indicadores de bienestar social es el material de construcción en los pisos de la vivienda. A nivel nacional, una de cada cinco viviendas del país tenía piso de tierra. En la región sur, entidades como Guerrero, Chiapas y Oaxaca, contaban con una cifra de viviendas en estas condiciones cercana al 50%. ¹³

Educación

En 1989 se calculó en 4.2 millones el número de analfabetas mayores de 15 años; aproximadamente 20.2 millones de adultos no había concluido la primaria y cerca de 16 millones más no terminaron la secundaria.

Era desigual el analfabetismo en las diversas zonas geográficas del país. Su índice en comunidades indígenas dispersas era cercano a 100%, mientras que en algunas regiones de la República, se aproximaba al 2%.

Igual ocurría con el rezago en la educación primaria. En términos generales la población indígena, rural, femenina y urbana marginada formada básicamente por gente del campo, añade el rezago educativo a sus múltiples características de extrema pobreza.

En esta fecha cerca de 300 mil niños mexicanos, el 2% del total, no tenían acceso a la escuela. Cerca de 880 mil abandonaban cada año la escuela primaria y un millón 700 mil alumnos de 10 a 14 años de edad no estaban matriculados.

El 45% de la matrícula de la primaria, es decir, más de 6.6 millones de alumnos, no concluían este nivel educativo en el período reglamentario de 6 años y en las zonas rurales e indígenas el índice rebasaba el 80%. Más de 15 mil escuelas oficiales de primaria, 20% del total, no ofrecían los 6 grados y más de 16 mil, 22% eran atendidas por un solo maestro. ¹⁴

¹³ Programa Nacional de Salud 1989-1994, SSA, Enero de 1990, págs. 6 y 7.

¹⁴ "La Jornada". Asamblea Nacional de la Comisión Educativa de la CNC 15 de Noviembre de 1989.

Alimentación y nutrición

En México las diferencias del consumo de alimentos son notables porque se puede decir que existe una brecha de ingresos consumo, que incluso se sigue abriendo; el 15% de la población de más elevados ingresos consume el 50% de los alimentos que se producen en el país, es decir, solo un reducido porcentaje de habitantes consume alimentos adecuados; un 35% de la población que paralelamente es la de ingresos medianos y bajos tiene una dieta de subsistencia y el 50% restante cuenta con una alimentación de sobrevivencia debido a los escasos ingresos que percibe. En esta última clasificación es donde se encuentra la mayoría de la población indígena y rural.¹⁵⁾

La desnutrición se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública de mayor trascendencia en nuestro país, afectando con mayor intensidad a la niñez y constituye una causa predisponente de los padecimientos infectocontagiosos y parasitarios que ocasionan una elevada mortalidad, sobre todo en menores de cinco años. La desnutrición también afecta de manera significativa a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, al ocasionarle una mayor incidencia de problemas infecciosos.

En México se habla de que entre el 60 y 65% de los preescolares del medio rural y el 30% y 35% de los del medio urbano padecen algún grado de desnutrición debido al deterioro progresivo de la dieta de algunos grupos de población.

Los aspectos socioeconómicos son los factores determinantes en la precaria situación alimentaria de la población, en lo que se manifiesta en mayor frecuencia de bajo peso al nacimiento ocasionada por la desnutrición materna, lo que genera un mayor riesgo de muerte en el grupo materno infantil.¹⁶⁾

¹⁵⁾ Gaceta universitaria, No. 16, México, D.F., Febrero de 1983.

¹⁶⁾ Sistema Nacional de Encuestas de Salud, "Encuesta Nacional de Nutrición" SSA, SPP., México, 1987.

Aspectos Demográficos

En 1988, la población del país era de 82.7 millones de habitantes, de los cuales el 50.2% eran hombres y el 49.8% mujeres. Asimismo, el 66.3% de la población vivía en áreas urbanas y el 33.7% en el área rural. El grupo menor de 15 años representaba el 35.7% del total.

La tasa de crecimiento poblacional ha ido disminuyendo con respecto a décadas anteriores, ya que para 1987 el crecimiento demográfico fue de 2.0%, en comparación con 1983 que fué de 2.4%.

Lo anterior es consecuencia de los cambios en la conducta reproductiva de la población, lo que trae consigo una caída en la tasa de natalidad. Los cambios anteriores sumados al descenso de la mortalidad, definen una estructura poblacional de base amplia y cúspide estrecha. Adicionalmente, la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, pasando de 62 años en la década de los setenta, a más de 76 años en los últimos años.¹⁷⁾

La distribución de la población en el país se da en forma desigual, de tal manera que frente a una elevada concentración urbana, se presenta a la vez una acentuada dispersión rural, manteniéndose una franca tendencia hacia la urbanización. En 1950 solo el 43% de la población vivía en localidades de más de 2500 habitantes, en tanto que para 1988 esta cifra aumentó al 70%; concentrándose en las grandes ciudades del país como son el caso del D.F., Guadalajara y Monterrey, entre otras.
18)

Por otro lado la dispersión en el área rural se ha incrementado, de tal forma que para este último año 14% de su población se encontraba distribuida en 110 mil localidades menores de 500 habitantes. A lo anterior han contribuido los importantes movimientos migratorios rural-urbano, que además han propiciado la

¹⁷⁾ Programa Nacional de Salud 1989-1994, op. cit. págs. 10 y 11.

¹⁸⁾ Programa de Salud Materno Infantil 1989-1994, SSA, D.G.de Salud Materno Infantil, México, 1989, pág. 14.

formación de grupos y zonas marginadas en las periferias de las grandes urbes, agravando así las condiciones generales de vida y salud, lo que dificulta la oferta de servicios.

1.3.2 Principales Daños a la Salud

Por lo que se refiere a las principales causas de mortalidad, el perfil epidemiológico para 1986 reflejó la transición por la que atraviesa el país. En 1950, las enfermedades del corazón, los accidentes, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, en conjunto representaban 9.6% del total de las defunciones ocurridas; para 1986 esa proporción fue de 32.7%.

Las enfermedades infecciosas intestinales continúan como una causa importante de mortalidad: en 1986 representaron 7.4% del total de defunciones, con una tasa de 37.2 por 100,000 habitantes y ocuparon el cuarto lugar en la mortalidad general.

En 1986, el total de defunciones por estas causas fue de 51,041, con una tasa de 64.2 muertes por cada 100,000 habitantes. Las enfermedades cerebrovasculares, los infartos y las hemorragias ocuparon en 1986 el octavo lugar.

Los accidentes y violencias constituyen un problema importante de salud pública. En 1986 los accidentes se ubicaron en el segundo lugar en la mortalidad general, con una tasa de 55.1 por cada 100,000 habitantes de éstos, los ocasionados por vehículos de motor han contribuido de manera significativa. En ese año, los homicidios ocuparon el décimo lugar como causa de muerte.

Resalta el incremento observado en la proporción de muertes por diabetes mellitus y cirrosis hepática, que en 1986 tuvieron cifras 19.4% y 2.5% mayores que en 1950 respectivamente.¹⁹

¹⁹ Programa Nacional de Salud 1989-1994, op. cit., págs. 12 y 13.

Mortalidad de Menores de Cinco años

Al comparar las proporciones de muerte en niños menores de cinco años, por enfermedades evitables por vacunación, entre 1969 y 1986 la reducción fue de 45.8%. Este abatimiento evitó aproximadamente, 8 mil muertes de niños de esa edad en este último año. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud efectuada en 1987, la probabilidad de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los cinco años es de 72 por 1000, cifra que coloca al país dentro de las naciones con una mortalidad moderada en menores de cinco años.

Mortalidad Infantil

Existe un subregistro importante en cuanto a la mortalidad infantil, estimado en un 40%, ya que mientras cifras oficiales de 1986 señalaban 23.6% defunciones por cada 1000 nacidos vivos registrados, a través de métodos indirectos se estima que dicha cifra llega a 38.7, este subregistro es mayor en algunas regiones del país.

Por otro lado, se observa que el 57% de las defunciones de menores de un año ocurren en el período posneonatal. Entre las principales causas de mortalidad están en primer lugar las afecciones originadas en el período perinatal con una tasa de 6.9 muertes por cada 1000 nacidos vivos registrados, seguidos por las enfermedades infecciosas intestinales con tasa de 5.5 y la influenza y las neumonías con 4.4 defunciones por cada 1000 nacidos vivos registrados.

Estos dos últimos padecimientos ocupan respectivamente el primero y el segundo lugar como causa de muerte en el período posneonatal y representan 53.8% del total de las defunciones de este grupo de edad.

Durante el primer año de vida de los niños mexicanos, una de cada cinco muertes se debe a enfermedades infecciosas intestinales; y una de cada 7, a influenza y neumonías. Más de la mitad se presentan durante el período posneonatal y una buena parte pueden ser evitadas mediante acciones sencillas de salud.

La mortalidad neonatal refleja la presencia o carencia de recursos médicos para vigilar el proceso de reproducción, embarazo y parto, la existencia de problemas hereditarios y congénitos, los aspectos educacionales sanitarios y la suficiencia de la alimentación en el país.

El componente posneonatal de la mortalidad infantil es el segmento que revela con mayor sensibilidad las condiciones ambientales generales, los servicios sanitarios, los educativos, los nutricionales, así como la organización de la infraestructura de los servicios de salud.²⁹

Mortalidad Preescolar y Escolar

La mayor parte de las causas de muerte de la población preescolar son de orden ambiental o nutricional. En México la mortalidad preescolar registró en 1986, cifras de 2.3 por 10,000 habitantes.

Por su parte, la situación de salud de los niños en edad escolar es decir de 5 a 14 años tienen como principales causas de muerte a los accidentes, que ocupan el primer lugar, seguidos de las enfermedades infecciosas intestinales y las respiratorias; hacia 1975 la tasa de mortalidad para este grupo de edad fue de 0.9 por 1000 habitantes de 5 a 14 años y para 1986 se situó en 0.6.

Mortalidad Materna

Al analizar el número de muertes ocurridas anualmente en la población femenina durante el embarazo, parto y puerperio, es posible agrupar sus causas en obstétricas directas e indirectas, e identificar aquellas fácilmente prevenibles.

La mortalidad materna ha venido registrando un descenso considerable ya que en 1980, la tasa fue de 9.5 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados, en comparación con 6.4 reportados en 1985.

²⁹ *Ibidem.*, págs. 14 y 16.

Entre las principales causas de mortalidad están la toxemia y las hemorragias del embarazo y el parto que representan 45% del total de las defunciones, con tasas específicas de 1.5 y 1.4 por cada 10,000 nacidos vivos registrados respectivamente. Además, tomando en cuenta que 7 de cada 10 embarazos son atendidos en el medio hospitalario, puede decirse que la mortalidad materna es en parte evitable a través de una mejor calidad de los servicios de atención materna. ²¹⁾

Enfermedades Transmisibles Evitables por Vacunación

La puesta en marcha de los programas nacionales de inmunizaciones ha traído consigo resultados favorables en cuanto al abatimiento de las enfermedades transmisibles y que son evitables por vacunación ya que en general su comportamiento fue descendente de 1986 a 1988. En este sentido se lograron importantes avances en lo que respecta a la poliomielitis, sarampión, tosferina y tétanos. Sin embargo, debe señalarse que aún existían en 1988 entidades en que la incidencia de estos padecimientos seguía siendo elevada como lo es Guerrero e Hidalgo en el caso de la poliomielitis; Nuevo León, Puebla, Coahuila en sarampión; Chiapas, Yucatán, Baja California y Sonora en tosferina; Campeche, Tamaulipas, Baja California Sur y Colima en tétanos.

Enfermedades Transmisibles de Importancia Epidemiológica

Existen otras enfermedades transmisibles cuya importancia ha motivado el desarrollo de programas específicos encaminados a su prevención y control. Entre ellos destaca el SIDA, cuya tendencia de 1982 a 1988 ha sido ascendente. En este último año se tenían registrados 1857 casos. El D.F. es la entidad que concentraba la mayor cantidad, 32.5% del total y una incidencia acumulada en el período de 1982-1988, de 37.6 casos por millón de habitantes. Los estados de la región norte del país acumulan el 13.7%, destacando Nuevo León, Coahuila y Baja California.

²¹⁾ *ibidem.*, pág. 17.

Los casos de paludismo han tenido una tendencia ascendente en los últimos años. En 1983 se registraron 75,029 casos y en 1988, pasaron a 116,238, que representan una tasa de 140.6 por 100,000 habitantes. Por lo que respecta a las localidades positivas, estas pasaron de 11,995 en 1983 a 17,213 para 1988. Las entidades con mayores tasas fueron Oaxaca (1,088), Chiapas (751), Guerrero (666) y Campeche (643).

El dengue mantuvo una tendencia descendente. En 1988, se registraron 10,197 casos, con tasas de 12.3 por 100,000 habitantes. Las entidades con tasas más elevadas fueron Colima (140), Campeche (116) y Nayarit (69).

Entre la zoonosis, la brucelosis es un problema de salud pública que siguen teniendo una incidencia elevada en ciertas entidades federativas. Durante 1988, se notificaron 6303 casos nuevos de la enfermedad, con tasas de 7.6 por cada 100,000. Las entidades más afectadas fueron Querétaro (94), Coahuila, Sonora (35) y Zacatecas (30).²²⁾

Enfermedades Crónico Degenerativas

Al analizar la estructura de la mortalidad por causas, según su tendencia, es factible definir con claridad tres grupos de padecimientos. Por una parte, aquellos que muestran clara tendencia descendente, como son las enfermedades infecciosas intestinales y las neumonías; en segundo lugar, un grupo de padecimientos que conservan cierta estabilidad en su incidencia, como las infecciones perinatales y las malformaciones congénitas; finalmente aquellos que muestran una tendencia ascendente, entre los que destacan las enfermedades del corazón la diabetes mellitus y las lesiones. Mientras que en 1950 estas últimas causas representaron respectivamente 4.4, 0.3 y 2.9 por ciento del total de las enfermedades en el país, para 1986 los porcentajes observados fueron 12.7, 10.9 y 5.8 respectivamente.

²²⁾ *ibidem.*, págs. 17-20.

La prevalencia de enfermedades crónicas e invalidez en la población de 15 años y más, es de 11.2 por cada 100 habitantes. Entre las mujeres, la prevalencia es mayor: 13.7 por cada 100 habitantes, contra 8.5 por cada 100 para la población masculina. Existen cerca de 5.5 millones de mexicanos de 15 años y más edad, la frecuencia más alta corresponde a la prevalencia de hipertensión arterial, con alrededor de 1.5 millones de casos, seguida por la artritis y la diabetes mellitus, con aproximadamente un millón de personas enfermas de cada padecimiento.

Esta alta prevalencia genera una importante demanda de atención en las instituciones del Sector Salud, ya que se estima que el 82% de las personas enfermas de algún padecimiento crónico utiliza servicios formales de Salud.²⁹

²⁹ *Ibidem.*, págs. 21-23.

CAPITULO II

**LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ADMINISTRACION
PUBLICA FEDERAL**

CAPITULO II

LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

2.1 CONCEPTO DE ADMINISTRACION PUBLICA

Al estudiar la Administración, generalmente los investigadores y prácticos del tema la dividen para su mayor comprensión en dos áreas generales, a saber:

La Administración Pública es aquella rama de la administración que tiene como función ejecutar la voluntad del Estado y se considera como ejemplo fundamental para el desarrollo del país. Frank Goodnow refiere que la Administración Pública "es el conjunto de servicios públicos destinados a la ejecución del pensamiento del gobierno y a la aplicación de las leyes de interés general".²⁴⁾ Para diferentes autores la Administración Pública debe de contemplarse por el lado práctico del gobierno, ya que su finalidad es que los servicios públicos se realicen eficientemente y esten de acuerdo con las necesidades de la población de la mejor manera posible.

La Administración Pública es un sistema fuertemente estructurado según las características del país, del gobernante y del modelo burocrático y los valores dominantes que se piensen seguir. Su compleja organización está en relación directa con las estructuras jerárquicas ya establecidas por la estructura y el sistema o que serán establecidas, la división del trabajo, las relaciones formales, el concepto de estabilidad política y la carrera administrativa.

²⁴⁾ Goodnow Frank, Política y Administración: Funciones Primarias del Estado. Revista de Administración Pública (RAP), 25 Aniversario INAP, Julio de 1960, pp. 237-247.

Uno de los objetivos básicos de la Administración Pública es obtener la mejor u óptima utilización de los recursos disponibles de un organismo y del sistema en general, a fin de producir la máxima cantidad y calidad de bienes o servicios al menor costo posible, es decir, con la más alta eficiencia. Significa por lo tanto que la administración disminuye al máximo el desperdicio de los limitados recursos de que se dispone, permitiendo su aprovechamiento total.

En el caso de México, al igual que otros países, se ha visto obligado particularmente a partir de su independencia a adaptar y acrecentar el aparato administrativo gubernamental, ya que la consolidación del nuevo Estado reclamaba el establecimiento de los elementales instrumentos administrativos que le permitieran: garantizar el ejercicio de la soberanía recién adquirida; preservar el orden público en lo interno; procurar los fondos necesarios para cubrir los emolumentos de la incipiente burocracia y del ejército, que en esas fechas absorbía el 80% del gasto público y en general para garantizar la elevación de los niveles de vida de la población en todos sus órdenes.²⁵⁾

Así la Administración Pública Mexicana ha venido acrecentándose a lo largo de los años como consecuencia de las nuevas y cada vez más importantes necesidades que ha tenido que enfrentar el Gobierno Federal para proporcionar bienes y servicios a la población. De esta forma se han creado o suprimido, según el caso, en las diferentes Administraciones, organismos que se encargan en forma específica, de una nueva tarea en los diferentes campos de acción de la Administración Pública Federal, como es el caso de educación, gobernación, defensa nacional, entre otras.

Para proporcionar Servicios de Salud (atención médica, asistencia social y salud pública) a la población, se han incorporado en su momento

²⁵⁾ Bases para el Programa de Reforma Administrativa del Poder Ejecutivo Federal 1971-1976, Presidencia de la República Coordinación General de Estudios Administrativos, México 1977, pág. 15.

correspondiente, los organismos tanto de la administración central como de la paraestatal, para hacer frente a las demandas de la población en este campo.

De conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal,²⁶⁾ la Administración Pública se divide en dos ramas: a) La Centralizada, compuesta por la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, el Departamento del Distrito Federal y la Procuraduría General de la República, y b) La Paraestatal, integrada por los Organismos Descentralizados, las Empresas de Participación Estatal, las Instituciones Nacionales de Seguros y Fianzas y los Fideicomisos.

Esta Ley y sus reformas de 1982, sentaron las bases para la administración del Presidente de la Nación, señalando la existencia de 18 Secretarías de Estado y el D.D.F.

2.2 EL CRECIMIENTO DEL SECTOR SALUD.

En México, el Estado tiene atribuciones para regular la administración de los servicios de salud y de asistencia social. En algunos casos, está facultado también para impartir directamente esos servicios, bien sea en forma centralizada o bien bajo el régimen de la descentralización por servicios.

A lo largo del tiempo, con base en diferentes leyes y decretos diversas dependencias realizaron funciones en este campo, sin que estos servicios se constituyeran en un sector propiamente dicho. A partir de la Constitución de 1917 con el surgimiento del Consejo de Salubridad General de la República y del Departamento de Salubridad Pública, se sientan las bases para que el Estado adquiriera entre sus responsabilidades la facultad para regular y formular la política general de salud pública en el país.

²⁶⁾ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, reformas del 29 de diciembre de 1982 y del 30 de diciembre de 1983.

A partir de la década de los 40's con el surgimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS, ISSSTE y otras dependencias que tenían entre sus funciones las de otorgar servicios de salud, se inicia de manera más formal la constitución del Sector Salud.

En este sector - que como subsector componente a su vez de un sector más amplio, el de desarrollo o bienestar social - se pueden apreciar los efectos del mismo fenómeno que afecta a toda la Administración Pública: que su crecimiento, a causa de múltiples factores, ha sido el resultado de un proceso de agregación y acumulación de instituciones más bien que de una planeación administrativa sistemática que hubiere tomado en cuenta las duplicidades y traslapes existentes al momento de reorganizar las estructuras que se fueron encargando del cumplimiento de nuevos objetivos sociales.

Cierto es que cada una de las instituciones del sector ha sido establecida con base en estudios o recomendaciones que justificaron, en su momento, la racionalidad de cada decisión en particular, pero también es verdad que ha faltado en este sector, la concepción integral del sistema, como concepto adicional a los elementos institucionales o particulares que lo componen.²⁷⁾

De esta forma, en el período López-Portillista existían por lo menos 12 instituciones dentro de la Administración Pública, para cumplir con esta responsabilidad. Para el período de Miguel de la Madrid, permanecieron los siguientes organismos que proporcionaban servicios de salud bajo esquemas de la Seguridad Social y aquellos dirigidos a la población abierta.

²⁷⁾ Camillo Castro Alejandro, "El Proceso de Reforma Administrativa en el Sector Salud", XI Seminario Internacional sobre administración de Servicios de Salud, OMS, Yucatán, México, 1972 pág. 101.

SEGURIDAD SOCIAL

- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Secretaría de Marina.
- Secretaría de la Defensa Nacional.
- Petróleos Mexicanos.

POBLACION ABIERTA

- SSA y sus Organismos Sectorizados, que son Institutos de alta especialidad ubicados en la Ciudad de México.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Departamento del Distrito Federal.
- Programa IMSS-COPLAMAR.

2.3 BASES JURICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La existencia de las Instituciones de Salud, así como su evolución dentro de la Administración Pública Federal, esta fundamentada por una serie de ordenamientos que regulan en forma genérica sus actividades. Las normas jurídicas son las siguientes: (ver cuadro no. 1).

1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Establece el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud y prevé las medidas que el Estado debe tomar en relación a la Salubridad General para la protección de la salud de la población. Así mismo, declara de utilidad pública la Ley del Seguro Social, con lo que entre otros aspectos se obliga a los patrones a proporcionar servicios de salud a sus trabajadores.

2.- Ley Federal del Trabajo.- Señala como obligación de los patrones instalar los establecimientos necesarios para proporcionar Servicios de Salud de acuerdo al número de trabajadores existentes, en los cuales debe proporcionarse: atención médica y quirúrgica; rehabilitación; hospitalización; medicamentos y material de curación; aparatos de prótesis y ortopedia necesarios, o proporcionar estos servicios a través de las Instituciones de Seguridad Social de acuerdo a la Ley del IMSS e ISSSTE.

3.- Ley General de Salud.- Prevé la creación del Sistema Nacional de Salud conformado por las instituciones y organismos de los Sectores Público, Social y Privado para regular la prestación de estos servicios a nivel nacional. Asimismo, establece que es la SSA el organismo coordinador de dicho sistema.

4.- Ley Organica de la Administración Pública Federal.- Le atribuye a la SSA la responsabilidad para establecer y conducir la política nacional en materia de Asistencia Social; Servicios Médicos y Salubridad General y coordinar los programas de Servicios de Salud de la Administración Pública Federal, para lo cual tiene la facultad de crear y administrar en el país todo tipo de establecimientos para el logro de sus fines.

Esta misma ley faculta a las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina para organizar y prestar los servicios de Sanidad Militar y Naval respectivamente.

5.- Ley del IMSS.- Establece quienes deben ser sujetos a aseguramiento bajo el régimen del Seguro Social y determina como una obligación del IMSS otorgar a sus asegurados los servicios de:

- **Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.**
- **Servicios de hospitalización**
- **Aparatos de prótesis y ortopedia, y**
- **Rehabilitación.**

Asimismo le asigna facultades a este organismo para establecer clínicas, hospitales y farmacias.

6.- Ley del ISSSTE.- Determina quienes deben ser atendidos por este organismo, establece con carácter obligatorio los siguientes seguros.

- **Medicina preventiva.**
- **Seguro de enfermedades y maternidad.**
- **Servicio de rehabilitación física y mental.**
- **Seguro de riesgo de trabajo.**

De acuerdo con este ordenamiento, el ISSSTE tiene facultad para adquirir los bienes muebles necesarios para el cumplimiento de sus fines.

7.- Decreto del 21 de diciembre de 1982.- Que indica que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) tiene como objeto promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la SSA.

8.- Contrato Colectivo de PEMEX.- Establece que este organismo proporcionará servicios de salud integral a sus trabajadores y a los familiares de éstos.

9.- Convenio entre IMSS y COPLAMAR para establecer y operar el Programa de Solidaridad por cooperación comunitaria. Que crea el programa IMSS-COPLAMAR para proporcionar servicios de atención primaria a la salud del individuo y de la familia, hospitalización y promoción de la salud individual y de saneamiento.

10.- Ley Organica del Departamento del Distrito Federal.- Faculta a esta dependencia para proporcionar servicios que procuren el bienestar social de la población, entre ellos, los de atención médica.

2.4 ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.4.1 Organización.

Para proporcionar Servicios de Salud en todo el país o en parte de él, según corresponda, las dependencias cuentan con los respectivos organismos que se encargan de dichas funciones ya sea a través de la desconcentración por servicios o por territorio o la descentralización.

En 1988, la SSA contaba dentro de su estructura a nivel central con las subsecretarías de Regulación Sanitaria y Desarrollo; Servicios de Salud; y Planeación así como la Oficialía Mayor y la Contraloría Interna, y a nivel de

Dirección General tenía 9 órganos sustentivos para apoyar los diferentes programas de la dependencia; 2 de relación y apoyo directo al secretario; 5 del área de planeación; y 4 de apoyo logístico (ver esquema no. 1).

Además debe señalarse la existencia de 8 institutos de alta especialidad, ubicados en la ciudad de México que son descentralizados de la SSA.

A nivel estatal los servicios de la Secretaría se llevan a cabo a través de los órganos creados para tal fin, reflejándose en términos generales las mismas áreas de servicios del nivel central, de acuerdo con las necesidades propias de cada entidad federativa. Estos servicios se llevan a cabo desde 1986 a través de 2 modalidades: la descentralización que a la fecha abarca 14 entidades y la desconcentración por servicios en los estados restantes.

Dentro de la estructura general del IMSS existe la Subdirección General Médica, que a su vez se divide en seis Jefaturas de Servicios: Medicina Familiar; Hospitalarios; Medicina del trabajo; Planificación Familiar; Medicina Preventiva; Enseñanza e Investigación. Los Servicios a nivel estatal son controlados por las delegaciones estatales correspondientes.

En el caso del ISSSTE, dentro de la estructura del Subsistema sustantivo, se encuentra el subsector Salud, representado por la Dirección General Médica, de la cual dependen los Servicios Médicos curativos; Formación de Personal e Investigación en Salud; y Administración. Al igual que el IMSS, el ISSSTE cuenta con delegaciones estatales que controlan dichos servicios en sus respectivos ámbitos de acción (ver esquema no. 2).

El Programa IMSS-COPLAMAR tiene a nivel nacional una Coordinación General y de esta dependen cuatro coordinaciones: Servicios Médicos; Control y Evaluación de Programas; Desarrollo Comunitario; Administrativa, que controlan los servicios en las entidades en que aún opera el programa.

Por su parte el DIF esta representado a nivel nacional por una Dirección General, de la cual dependen la Subdirección General Operativa; los Institutos Nacionales de Ciencia y Tecnología, de Salud del Niño, y de Salud Mental; la Oficialía Mayor y la Contraloría Interna. El DIF cuenta con representaciones a nivel nacional.

Los Servicios Médicos del DDF, cuentan con una Dirección General y se compone de tres grandes áreas que son Servicios Médicos, Regulación Sanitaria y Planeación y Administración, para la operación de los servicios, se ha descentralizado esta responsabilidad a las diferentes delegaciones políticas del DF (ver esquema no. 1).

2.4.2 Niveles de Atención para la Prestación de Servicios.

De manera típica los programas de servicios de las Instituciones de Salud se conforman en un esquema de tres niveles de atención.²⁸⁾

El primero es responsable del tratamiento y seguimiento de patologías sencillas y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente. En general, en este nivel, las actividades se enfocan primordialmente a preservar y conservar la Salud de la población específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia, cuya resolución es factible mediante una combinación de recursos poco complejos.

En este nivel es donde se atienden o deben atenderse la mayoría de los problemas que se presentan en la población (85 % de los casos), tiene como característica básica fundamental: la consulta médica y el control de enfermedades.

²⁸⁾ Hacia un Sistema Nacional de Salud, UNAM-Coordinación de los Servicios de Salud, págs. 53-56.

Corresponden al segundo nivel las actividades dirigidas a la restauración de la Salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana (12% de los casos) y que requieren técnicas y servicios de cierta complejidad, a cargo de personal con adiestramiento, experiencia y equipo adecuado. Los servicios que se otorgan son proporcionados a pacientes que han sido referidos del primer nivel de atención y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médico quirúrgicas.

El tercer nivel de atención tiene por objeto resolver una mínima parte de los problemas totales que se presentan en las poblaciones (3% de los casos) y que requieren de servicios de alta especialidad (cardiología, psiquiatría, etc.); sus unidades de atención médica, para operar adecuadamente y con eficacia, deben tener una amplia área urbana para efectos de conjugar los recursos humanos y tecnológicos necesarios.

Entre las características más importantes de éste nivel se destacan las siguientes:

- Atienden problemas de Salud poco frecuentes y complejos.
- Asisten pacientes a los que se les proporciona atención episódica, en gran mayoría referidos por los otros niveles de atención.
- Emplea tecnología compleja y muy especializada.
- Requiere de personal altamente especializado en áreas específicas.
- Realiza investigaciones biomédicas y de salud pública.
- Forma especialistas en las áreas propias del hospital.

Las instituciones de Salud prestan servicios en los tres o en alguno de éstos tres niveles de atención, de acuerdo a las características y necesidades de su población objetivo a través de las unidades aplicativas con las que cuentan o en algunos casos mediante la subrogación de los servicios.

De acuerdo a los recursos con que cuenta cada institución es como se organiza la oferta de servicios en el país, la que a su vez esta sujeta a la forma en que estos se distribuyen tanto geográficamente como por niveles de atención.

Para 1988 el Sistema Nacional de Salud cubría a 74.3 millones de habitantes, de este total, la seguridad Social atendía a 44 millones (59.5%), correspondiéndole 35 millones al IMSS, 7.4 al ISSSTE, 1.4 a PEMEX y la Secretaría de Marina y la Defensa Nacional al rededor de 400 mil derechohabientes. Por su parte las instituciones que atienden a población abierta cubrieron en ese año a 30 millones (40.5%), de los cuales la SSA atendió 18.3 millones, el DDF 1.8 y el IMSS-COPLAMAR 10 millones de habitantes.

Se considera que la medicina privada atendió alrededor de 3.7 millones, por lo que la población sin acceso a los servicios para 1988 fue de 6.9 millones de habitantes aproximadamente.²⁰⁾

De hecho la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud, es hasta cierto punto imprecisa, debido a que existen traslapes de coberturas entre algunas instituciones, lo que hace difícil determinar la influencia efectiva de estos servicios.

²⁰⁾ Boletín de Información Estadística, No. 8, Recursos y Servicios, Sistema Nacional de Salud.

2.5 COORDINACION Y SECTORIZACION DE LOS SERVICIOS.

El crecimiento desmedido de instituciones y organismos que inciden en el campo de la Salud, trajo consigo un serio problema para la coordinación de acciones en este campo, ocasionando con frecuencia traslapes de cobertura, duplicidad de acciones y dispendio o subutilización de recursos, ya que no existía un efectivo control y evaluación de los programas de cada institución.

Esta situación evidenció la necesidad de implantar acciones que conllevarán a hacer más eficiente la prestación de los servicios a través de diferentes instancias de planeación y programación, puestas en marcha, sobre todo a partir del periodo LopezPortillista³⁰⁾ mediante reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al decreto que crea el Sector "Salubridad y Asistencia", así como la instrumentación de órganos específicos como los Grupos interinstitucionales de Programación y Presupuestación Sectorial (GIPPS), Gabinete de Salud y la Coordinación de Servicios de Salud, los que a excepción de este último, encontraron serias limitaciones para su funcionamiento, en gran parte por falta de políticas y programas comunes entre las diversas instituciones.

Con todo lo anterior, la coordinación de acciones al final del periodo LópezPortillista se daba con serias limitantes y la sectorización seguía siendo heterogénea y compleja, y se constituía bajo dos modalidades: Sector Programático Salud y Seguridad Social y el Sector Salubridad y Asistencia,

³⁰⁾ Boletín No.1, del Gabinete del Sector Salud, México 1979, pág. 17 y Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud No. 1, Presidencia de la República. México 1981, págs. 17 y 18.

³¹⁾ Bajo la dirección de la Coordinación de los Servicios de Salud se inició en 1981 la reordenación de los servicios que prestaban otras dependencias, fusionándose los de la SEP a la SSA, los de la SHCP al ISSSTE y los de Ferrocarriles Nacionales al IMSS respectivamente.

ambos coordinados por la SSA, aunque sin mayor efectividad en el caso la primera modalidad.³¹⁾

Con la Administración de Miguel de la Madrid Hurtado, se inició una nueva etapa en el campo de la Salud, con lo cual, la coordinación de acciones adquiere un carácter más sólido y por ende más eficiente, lo cual se reflejó en el reconocimiento explícito del derecho a la protección de la Salud de los Mexicanos, elevado a rango constitucional. Igualmente, la Ley Orgánica de la Administración Pública contempla en su artículo 39, en el caso de la Salud, la modalidad de la Sectorización Programática y Funcional.

La Ley General de Salud, establece las facultades que se atribuyen a la SSA como coordinadora del Sistema Nacional de Salud el cual está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto Federal como Local y las personas físicas o morales de los Sectores Social y Privado, que presten servicios de Salud así como por los mecanismos de coordinación de acciones correspondientes. Esta Ley, por otro lado, redistribuye con ánimo descentralizador, la competencia Sanitaria entre la Federación y las entidades federativas.

La Ley de Planeación señala a la programación como un instrumento idóneo para dar efectividad al Sistema Nacional de Salud y previene que habrá un programa sectorial al que habrán de sujetarse los programas institucionales. Ese programa federal deberá convertirse en nacional abarcando los tres niveles de gobierno y a los sectores social y privado a través de las vertientes obligatoria, de coordinación, de inducción y de concertación.³²⁾ Esta Ley, en los tres niveles que establece (Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial y los Programas Institucionales) proporciona los elementos para la

³¹⁾ Manual de organización de la Administración Pública Paraestatal, Volumen II, Sector Salubridad y Asistencia, 1982, pág. 9.

³²⁾ Programa Nacional de Salud, 1984-1988, op. cit. pág. 9.

coordinación del Sector Salud y la constitución del Sistema Nacional de Salud, a través de la integración de los servicios en sus dos modalidades.³³⁾

La Integración Programática.- No requiere modificaciones estructurales en las dependencias que prestan servicios públicos de salud y consiste en el establecimiento de normas comunes y de compromiso institucional para cumplir los objetivos de los programas: Al respecto existen formulas experimentadas a través de la definición de: Apertura Programática Sectorial; Normas para la operación de programas sustantivos; criterios de cobertura institucional.

Este tipo de coordinación está orientada a racionalizar el gasto corriente y de inversión y apoyar para que las diversas instituciones fijen sus metas conjuntamente y se comprometan a alcanzarlas.

La implantación de indicadores comunes en campos de acción comunes posibilita apreciar la medida en que las distintas instituciones cumplen con los compromisos establecidos, lo cual conlleva a la justificación de las acciones presupuestales.

En la integración programática la SSA tiene las siguientes responsabilidades:³⁴⁾

- Elaborar el Programa Sectorial, tomando en cuenta las propuestas que presentan las entidades, así como los programas anuales, tendientes a su ejecución.
- Vigilar que las entidades paraestatales conduzcan sus actividades conforme al Plan Nacional de Desarrollo y al Programa Sectorial.

³³⁾ Cuadernos de la SSA, No. 5 Mecanismos de Integración Sectorial SSA, 1983, págs. 17-18.

³⁴⁾ Ibidem., pág. 18.

- Verificar periódicamente la relación que guardan los programas y presupuestos de las entidades, así como los resultados de su ejecución.

A las entidades paraestatales les corresponde:

- Participar en la elaboración del Programa Sectorial.
- Elaborar sus programas institucionales atendiendo a previsiones contenidas en el Programa Sectorial, así como los programas anuales tendientes a su ejecución.
- Asegurar la congruencia entre el Programa Institucional y Sectorial.
- Verificar periódicamente la relación que guardan sus actividades con el programa Institucional.

De acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal la SSA tiene la responsabilidad de coordinar el proceso de programación sectorial en los siguientes términos "Establecer y conducir la política nacional en materia de Asistencia Social, Servicios Médicos y Salubridad General y coordinar los Programas de Servicios a la Salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que en su caso, se determinen".

El programa sectorial da orientaciones y hace previsiones, en términos de asignación global de recursos y por programas específicos y regionales.

Para garantizar el cumplimiento del programa sectorial, se vigilará así mismo el gasto ejercido, que es también importante instrumento de evaluación. Sin embargo, se establece que el proceso de programación sectorial no podrá afectar la estructura administrativa derivada de la naturaleza jurídica de las

entidades paraestatales de la salud ni los derechos que frente a ellas tienen sus trabajadores y derechohabientes.

A pesar de que los ordenamientos antes descritos contienen la fundamentación jurídica para llevar a cabo la integración programática de las acciones de Salud de la Administración Pública Federal, todavía persiste una grave desarticulación de los programas, observándose la existencia de traslapes de coberturas y duplicación de acciones con la consecuente subutilización o despido de recursos. Destacando los casos siguientes:

- En la capital del país, conviven para atender a la población abierta dos sistemas totalmente independientes entre sí, que son los servicios de Salud Pública de la SSA y los servicios Médicos del DDF.

En 1988 la SSA contaba con un amplio primer nivel de atención compuesto por 1450 consultorios en 217 centros de salud diseminados en las Delegaciones políticas; un precario segundo nivel de atención compuesto por 6 hospitales, 11 unidades de tercer nivel, el cual se puede calificar de excelencia con 2,819 camas. Los servicios médicos del DDF tenían en ese año un precario primer nivel de atención y 306 consultorios en 60 unidades; un amplio segundo nivel con 24 unidades médicas y 1732 camas, sin que hasta ese momento contara con tercer nivel.³⁵⁾

- Otro caso que debe señalarse son los servicios a población abierta que ha proporcionado el IMSS a través del programa IMSS-COPLAMAR, con influencia en el medio rural ya que la cercanía o la existencia paralela de unidades médicas atrae hacia las clínicas de IMSS-COPLAMAR la

³⁵⁾ Ruiz Masieau Armando, "Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud", Foro de Consulta Popular, 9 de mayo de 1989. Se estima que la población abierta potencial en el D.F. es de 3.5 millones de habitantes, sin que hasta la fecha se haya determinado con precisión que porcentaje de esta población atiende cada una de estas dos instituciones.

población inicialmente asignada a la SSA, sobre todo porque dichas unidades cuentan con mayores recursos.

Además, debe señalarse que este programa, ha tenido desde su inicio un manejo inadecuado, que responde más intereses políticos que a la realidad nacional, ya que no se concibe que una institución paralela tenga a su cargo programas de Salud dirigidos a población abierta, cuando existe una dependencia que regula y opera estos servicios en el país y sobre todo, si se toma en cuenta que su financiamiento proviene en su totalidad de aportaciones estatales.

- Por otra parte, la cobertura efectiva de PEMEX y las Secretarías de Marina y Defensa Nacional es imprecisa debido a que una parte de sus derechohabientes acuden a la medicina privada e incluso a establecimientos asistenciales y no hacen uso real de sus servicios.

La Integración Estructural.- Consiste en fusionar servicios públicos de salud y sus correspondientes recursos en una entidad bajo una sola autoridad. Esta modalidad se limita a las dos situaciones siguientes:³⁶⁾

La incorporación de servicios de salud a cargo de instituciones que no tienen el cuidado de salud entre sus funciones sustantivas, a las instituciones donde jurídicamente corresponda. Esta posibilidad, para llevarse a cabo, requiere de condiciones de conveniencia para las partes interesadas y también de factibilidad.

- La incorporación de las instituciones que atienden a la población abierta en las entidades federativas, como parte del proceso de descentralización de los Servicios de Salud. La integración puede ser una acción previa, simultánea, concomitante o consecuente a la descentralización, según

³⁶⁾ Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. No. 6, SSA, S/F.

convenga. Para este fin se debe proceder de manera que no se deterioren los servicios impartidos, por ello se introduce un componente de gradualismo tanto en lo que se refiere a las entidades federativas que están en actitud de asumir el compromiso cuanto a las funciones y servicios descentralizados.

En el esquema actual de Administración Pública Federal, la responsabilidad de la SSA tiene tres dimensiones:

- La dependencia del Ejecutivo Federal a la que le compete dictar normas y ejecutar acciones de Salud.
- La ejecución de las acciones se descentralizará gradualmente a las entidades federativas, conservando la Secretaría las atribuciones de normatividad, planeación, control y evaluación.
- La de coordinadora de Sector, en la que le corresponde la misión de integrar en un programa Sectorial los planes, programas y acciones a cargo del Sistema Nacional de Salud, y cerciorarse de su cumplimiento.

Corresponde a las áreas sustantivas y de apoyo de la Secretaría de Salud y demás instituciones del Sector, determinar las características de los recursos requeridos para alcanzar las metas previstas en los programas institucionales.

Las áreas sustantivas y de apoyo de los organismos sectorizados, con la participación de las áreas de planeación de la SSA, se pondrán de acuerdo en los criterios especificados de medición de las metas de los programas institucionales y de sus efectos en el campo de la salud.

La SSA procurará la disponibilidad oportuna de los recursos federales requeridos en la cantidad y calidad necesarios para el desarrollo de los programas institucionales, y aplicará los criterios de medición para elaborar

los indicadores que permitan apreciar la eficiencia en el empleo del gasto público y en el alcance de las metas propuestas por el Sector.

La SSA en coordinación con las áreas sustantivas y de apoyo de las instituciones del Sector Salud y con la instancia estatal de planeación (COPLADE), tiene la responsabilidad de definir los mecanismos que permita a los gobiernos de las entidades federativas proponer estrategias para el establecimiento de un sistema local de salud, así como determinar las acciones que correspondan a su ámbito geográfico dentro de los programas Interinstitucionales de Salud y diseñará, mecanismos para obtener el concurso de los sectores Social y Privado en la formación de los mismos en los terminos de la Ley.³⁷⁾

Durante el sexenio Delamadridista, no se presentaron avances en la incorporación de servicios de instituciones que no tienen el cuidado de la Salud entre sus funciones sustantivas.

Por otra parte, la integración estructural de servicios que proporcionan instituciones que atienden a población abierta (IMSS-COPLAMAR, Servicios Estatales y Municipales) únicamente se llevó a cabo en 14 entidades federativas en donde se descentralizaron los servicios de Salud, quedando pendiente su realización en 17 estados y en el DF.

Como se ha visto, la integración de los servicios tanto en su modalidad programática, como en la estructural, ha tenido limitantes, ya que dicho proceso se ha supeditado más a los intereses específicos de cada institución y no a la realidad nacional en la materia.

En este contexto, la sectorización de los servicios de Salud durante 1983-1988 se integraba por dos modalidades, ambas coordinadas por la SSA.

³⁷⁾ Ibidem., pág. 27-28.

Sector Programático

En esta vertiente están entregados el IMSS, el ISSSTE y el DDF, y de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública, también estarían considerados PEMEX y las Secretarías de Marina y Defensa Nacional. Sin embargo, la situación de estos tres últimos organismos, es ambigua ya que hasta la fecha no se han incluido formalmente en este sector.

Sector Administrativo

Este sector se divide a su vez en dos subsectores, que son el de Institutos Nacionales de Salud y el de Asistencia, representado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia.

CAPITULO III

**GASTO EN SALUD DURANTE EL PERIODO DE
MIGUEL DE LA MADRID HURTADO**

CAPITULO III

GASTO EN SALUD DURANTE EL PERIODO DE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO

3.1 ASPECTOS GENERALES DEL GASTO PUBLICO

3.1.1 Concepto

Hasta antes de la desaparición del Sistema Feudal, no existía en el mundo un concepto preciso de servicio público o de bienestar colectivo y por lo tanto, tampoco existía el concepto moderno de gasto público, ya que el rendimiento de los impuestos que el señor establecía, se destinaba a su propio beneficio o al de la clase dominante.

Los hacendistas clásicos consideraban que los gastos del Estado deberían de ser destinados exclusivamente para defenderse de las invasiones del exterior y para preservar el orden público interior, por lo que, cualquier gasto que estuviera dirigido a otros fines (ayuda para la vejez, etc.,) era considerado como una dádiva o limosna. Inclusive algunos pensadores sostenían que el Estado era un "pozo sin fondo" en el que se malgastaba el dinero de la comunidad.

Al iniciarse la constitución del Estado Moderno, aparecen de una manera más precisa las obligaciones del Estado, las cuales surgen del contrato social entre éste y el pueblo. Tales obligaciones que en un principio se referían a proporcionar mínimos servicios públicos y salvaguardar la paz, han venido incrementándose hasta llegar a constituir en la actualidad un conjunto grande y acolegido. Las necesidades colectivas crecen en forma más que proporcional a los recursos disponibles; de ahí el imperativo de jerarquizarlas. Ahora bien, el Estado para realizar las funciones que tiene encomendadas necesita contar con los recursos suficientes; esto permite definir al gasto público como "La cantidad de dinero que el

Estado utiliza para el cumplimiento de sus funciones".³⁶⁾ Así el Estado a través del gasto público devuelve a la comunidad las cantidades que obtiene de la misma en forma de bienes y servicios, tales como el alumbrado, servicios de policía, salubridad, educación, comunicaciones, obras de riego, sueldos y salarios, etcétera. En otras palabras el Estado tiene en los gastos públicos un instrumento decisivo para el cumplimiento de sus fines.

La estructura del gasto público está determinada esencialmente por los fines de las políticas económicas generales del Estado, es decir, es uno de los elementos más dinámicos de la acción gubernamental, de su monto, orientación y financiamiento depende fundamentalmente el ritmo y el rumbo adoptado por la economía en su conjunto. De aquí la necesidad imprescindible de someterlo a un comportamiento real y estricto, que responda claramente a las prioridades básicas de la población. En cierto sentido el gasto público nos da un conocimiento de la situación prevaleciente en el país por medio del monto de recursos asignados a los diversos sectores productivos integrantes de la economía.

En nuestro país el gasto público comprende las erogaciones por concepto de gasto corriente, inversión física, inversión financiera, así como pagos de pasivo o deuda pública que realizan:³⁷⁾

I. El Poder Legislativo.

II. El Poder Judicial.

III. La Presidencia de la República.

IV. Las Secretarías de Estado y la Procuraduría General de la República.

V. El Departamento del Distrito Federal.

³⁶⁾ Santillán y Rosas Figueroa, "Teoría General de las Finanzas Públicas y el caso de México", Mimeoografiado, sin fecha pág. 45.

³⁷⁾ Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, Leyes y Códigos de México, Ed. Pomés, México 1990.

VI.Los Organismos Descentralizados.

VII.Las Empresas de Participación mayoritaria.

VIII.Los fideicomisos en los que el fideicomitente sea el Gobierno Federal, el D. F. o alguna de las entidades mencionadas en las fracciones VI y VII.

Se entiende por gasto corriente aquellas erogaciones que realiza el Sector Público y que no tienen como contrapartida la creación de un activo, sino que constituye un acto de consumo. Se trata de gastos que corresponden al sostenimiento e incremento de recursos humanos y la compra de bienes y servicios necesarios para el desarrollo propio de las funciones administrativas y está conformado por los siguientes capítulos: Servicios Personales; Materiales y Suministros; Servicios Generales; Transferencias; Erogaciones Extraordinarias; Intereses; Comisiones y Gastos de la Deuda.

En el gasto de Capital se incluyen aquellas erogaciones que se traducen en la creación y conservación de activos; su efecto sobre el desarrollo económico es permanente y de mayor repercusión. Es el gasto destinado a la construcción, conservación y mantenimiento de las instalaciones para ampliar la capacidad instalada. El gasto de capital está conformado por los siguientes capítulos: Transferencias; Bienes Muebles e inmuebles; Obras públicas; Inversiones financieras y Erogaciones Extraordinarias.⁴⁰⁾

3.1.2 Clasificación

Existen varias clasificaciones del gasto público, las principales son:⁴¹⁾

Administrativa. - Es la que tiene por objeto facilitar el manejo y control administrativo del presupuesto, a través de los gastos en forma institucional.

⁴⁰⁾ Información en Presupuesto, Captación, Análisis y Disseminación, Subsecretaría de Presupuestación. SSP, 1981, No. 5 págs. 84 y 85.

⁴¹⁾ Glosario de Términos Administrativos usuales en la Coordinación Sectorial, SPP, 1984.

Económica.- Es la presentación del gasto por la naturaleza de la transacción, éste es con contraprestación o sin ella, para fines corrientes o de capital, tipos de bienes y servicios obtenidos y sector o subsector que recibe la transferencia.

Programas y actividades.- En esta clasificación, se agrupan los gastos según los programas a realizar y las actividades concretas que deben cumplirse para su ejecución. Su objeto es vincular los gastos con los resultados expresados en unidades físicas que se espera lograr.

Sectorial.- Tiene por objeto dar una idea de la magnitud del gasto público según los distintos sectores de la economía y al mismo tiempo, evidenciar el nivel de los diferentes programas que se encuadran en cada uno de los sectores, los objetivos físicos o metas que se pretenden alcanzar en cada uno de ellos.

Los sectores que comprenden esta clasificación son el de Desarrollo Rural, Desarrollo Regional, Abasto Energético, Transportes y Comunicaciones, Desarrollo Social, Industrial, Agropecuario, Pesquero, Administración, Defensa y Turismo.

A su vez, en el Sector Desarrollo Social se ubican los gastos que tienen como finalidad el proporcionar a la población, los medios que le permitan alcanzar mejores niveles de vida, como es el caso de la educación, vivienda, salud, y empleo cuya canalización se distribuye de la forma siguiente.

1.- Gobierno Federal.

- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría de Trabajo y Previsión Social.
- Apoyo a través de ramos generales del gobierno Federal.

- ISSSTE.

- IMSS.

- BANCO Y FONDOS PARA LA VIVIENDA.

- CONACYT.

- OTROS.

2.- Organismos y Empresas (recursos propios)

IMSS.

ISSSTE.

LOTENAL.

De esta forma, el gasto destinado para financiar los Servicios de Salud en nuestro país, comprenden las erogaciones que los organismos de la Administración Pública Central y Paraestatal canalizan para promover, mantener y restaurar la Salud Individual y colectiva de la población, a través de las siguientes fuentes de financiamiento:

Unipartita.- Las entidades que se encuentran dentro de este sistema son la SSA y el DIF que reciben más del 90% de sus ingresos de la aportación única del Estado y el resto de su financiamiento proviene de ingresos propios en el caso del DIF y de cuotas de recuperación en el caso de la SSA. A parte de estos dos organismos también se encuentran el DDF, IMSS-COPLAMAR, PEMEX, SDN y SM, cuyos ingresos provienen de la aportación estatal.

Bipartita.- Es el caso del ISSSTE, en donde los trabajadores aportan el 8% de su sueldo básico dividido en 2% para seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad y 6% para las demás prestaciones de la Ley.

Las entidades y organismos aportan el 12.75% de los sueldos básicos de los trabajadores, dividido en 6% para cubrir el seguro de enfermedades no

profesionales y de maternidad, 0.75% para cubrir el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y 6% para cubrir las prestaciones señaladas en la Ley. En términos generales, el financiamiento del ISSSTE para servicios de Salud se da en un 39.3% por parte de los trabajadores y un 60.7% proviene de las entidades y organismos públicos.

Tripartita.- En esta modalidad se ubica el IMSS y la contribución se realiza de acuerdo a la tabla de cuotas por semanas y grupos de salarios. De esta forma el financiamiento de este organismo proviene del sector patronal con el 63.3%, sector obrero con 20.3%, contribución estatal 10.6 y otros ingresos 5.8%.⁴²⁾

En terminos generales, el gasto en salud comprende el monto de las asignaciones que cada organismo ejerce en atención médica, asistencia social y la salud pública, según corresponda, de conformidad con la estructura programática en salud, que está determinada en relación a la población objetivo de cada institución.

El gasto en Salud se canaliza en el presupuesto de egresos de la federación a través de dos esquemas básicos: la Seguridad Social y la Asistencia Pública. En la Seguridad Social, se integran instituciones del Sector Público, descentralizadas regidas por leyes y reglamentos, como el IMSS y el ISSSTE o se establecen organismos de servicios específicos, como es el caso de las fuerzas armadas, Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Marina y sus servicios estan dirigidos a los asegurados y sus beneficiarios, que desde el punto de vista socioeconómico son personas de capacidad adquisitiva moderada o mediana con estabilidad económica, merced a la Ley Federal del Trabajo y otros instrumentos jurídicos, que regulan las relaciones entre empleadores y sus asalariados.⁴³⁾

⁴²⁾ Hacia un Sistema Nacional de Salud, Op. cit., págs. 115-117.

⁴³⁾ Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 106, "Comunicación y Salud", UNAM, 1984, págs. 166-167.

En la Asistencia Pública los servicios son proporcionados por la Secretaría de Salud, el DIF, el IMSS-COPLAMAR, el DDF y los servicios locales a cargo de las entidades federativas y atienden a la llamada población abierta, que a su vez es la que presenta mayor marginación en el país.

En este orden, el gasto en salud, es el total de erogaciones que por concepto de gasto corriente e inversión realizan las instituciones de Salud para proporcionar estos servicios tanto a nivel central y estatal como jurisdiccional y local, atendiendo a la estructura regional de cada organismo y las características de atención a que va dirigido el servicio; es decir, atención preventiva, curativa o rehabilitatoria.

3.2 GASTO EJERCIDO EN SALUD DURANTE 1983-1988

3.2.1 El comportamiento de la economía hasta 1988.

Al término de la administración Lópezportillista la economía nacional mostraba, al igual que en 1976, preocupantes signos de agravamiento. Desde 1981 y particularmente en 1982, ante las serias dificultades para acceder al crédito externo; la salida importante de capitales al exterior; el rezago en los ingresos no petroleros, tanto fiscales como de las empresas públicas; y la recesión de la economía internacional que se expresó en la baja del precio del petróleo y de las materias primas en general, así como de una desfavorable balanza de pagos, el panorama económico para el sector público resultó sumamente adverso. Así, pese a las medidas de política económica instrumentadas, los resultados fueron negativos. La inflación llegó casi al 100%, alcanzando por primera vez tasas anuales cercanas a los tres dígitos;

el producto interno bruto se contrajo en 0.5% y el déficit presupuestal ascendió a 13.9% del PIB. ⁴⁴⁾

Ante la difícil situación de 1982, el Gobierno Federal se propuso restaurar el gasto público como medio para vencer a la crisis, recuperar la capacidad de crecimiento e iniciar los cambios cualitativos necesarios en la estructura económica, política y social del país, con lo cual se buscaba una profunda reordenación en la economía y el cambio estructural. ⁴⁵⁾

Los instrumentos de política económica que el gobierno de Miguel de la Madrid, puso en marcha para enfrentar esta problemática se reflejaron en las estrategias del Programa Inmediato de Reordenación Económica PIRE (1983-1985); la Estrategia de Contención Económica (1986); el Programa de Aliento y crecimiento y el Pacto de Solidaridad Económica (1987). Con estas medidas se pretendió disminuir sustancialmente el déficit público. En consecuencia el gasto público total se redujo y simultáneamente, los ingresos tributarios y no tributarios se incrementaron a través de ajustes en las tasas impositivas y en los bienes y servicios ofrecidos por el sector público.

Así mismo se inició un proceso de desincorporación de empresas para estatales y se tomaron medidas para instrumentar una apertura comercial gradual y modernizar el sistema financiero.

Sin embargo, los esfuerzos de estabilización no arrojaron los resultados esperados debido a la magnitud y persistencia de factores exógenos adversos, tales como la caída drástica de los términos de intercambio y los devastadores terremotos de 1985. El desfavorable contexto internacional y la magnitud de la deuda externa dieron lugar a una transferencia total neta de

⁴⁴⁾ Cuadernos de Renovación Nacional, Reestructuración de las Finanzas Públicas, F.C.E., México 1988, pág. 14.

⁴⁵⁾ *Ibidem*, pág. 15.

recursos al exterior equivalente a un promedio anual de 5.9% del PIB durante el periodo de 1983-1988, reduciendo así los recursos disponibles para la inversión. En consecuencia, se frenó el dinamismo de la actividad económica y el crecimiento potencial de la economía.⁴⁰⁾

Lo anterior afectó el crecimiento del gasto público federal, impactando por consecuencia en el gasto destinado para las áreas de desarrollo social, que pese a la magnitud de la crisis económica su efecto no fue tan severo como el que ocasionó en otros sectores económicos, aunque durante 1983-1988 este gasto se redujo en 1.8% en promedio en relación al gasto programable del sector público y 3.5% con respecto al PIB, todo ello comparado con 1982 (ver cuadro no. 2).

Dentro de la estructura del gasto sectorial, las áreas de desarrollo social mantuvieron una importante prioridad durante esa administración ya que de 1983-1988 este sector concentró el 25.6% como promedio, superando al sector energético, que es el que ocupó el segundo lugar en importancia y cuyo porcentaje fue de 25.2% (ver cuadro no. 3).

Sin embargo, la inversión ejercida en este sector durante ese sexenio se mantuvo en los últimos lugares, sobre todo en los tres primeros años e incluso en 1988 significó dos puntos porcentuales menos que el ejercido en 1982 (ver gráfica No. 1)

3.2.2 Evolución y Tendencia del Gasto en Salud

Entre 1977 y 1982 se incrementó notablemente el gasto gubernamental para dar solución a los problemas de salud de la población, así mismo, se utilizaron más eficientemente las instalaciones para ampliar la población atendida, tanto para la Asistencia Pública como para los servicios de Seguridad Social. Sin

⁴⁰⁾ El nuevo perfil de la Economía Mexicana, SHCP, 1991, pág. 5.

embargo estos esfuerzos no fueron suficientes; a inicios de la administración Delamadridista no existía una entidad rectora que se encargara de coordinar las instituciones del sector.

Para 1982 existían más de 10 millones de habitantes que no tenían acceso a los servicios permanentes de Salud, por otro lado, surgieron modalidades diferentes respecto de los criterios de construcción y equipamiento de los establecimientos, adquisición de insumos, capacitación de personal y en la configuración de los Sistemas de Planeación y administración. Lo anterior se tradujo en una calidad heterogénea en la cobertura, en los costos de prestaciones y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles.⁴⁷⁾

Junto con todo lo anterior se presentaron las siguientes cuestiones: reducida participación comunitaria en la solución de sus problemas de salud; centralización administrativa de los servicios; infraestructura insuficiente; coordinación débil entre las instituciones de salud y las educativas (lo que repercutió en la formación de personal que no respondía plenamente a las necesidades de los servicios del sector; dependencia científica y tecnológica del exterior y escaso desarrollo de la investigación en las áreas biomédicas y médico-social; y por último, carencia de criterios uniformes para elaborar los indicadores básicos necesarios que permitieran apreciar adecuadamente la efectividad de las acciones en materia de salud.⁴⁸⁾

Ante esta situación, a partir de 1983, el gasto del sector salud se orientó a elevar el nivel de cobertura a la población, con mayor énfasis en las acciones curativas y preventivas; en especial se procuró favorecer a los grupos marginados en el medio rural y urbano a través de una creciente coordinación

⁴⁷⁾ Cuadernos de Renovación Nacional, Política Social F.C.E. México, pág. 9.

⁴⁸⁾ *Ibidem*, pág. 23.

de las instituciones del sector salud. Asimismo, se logró reconstruir la infraestructura hospitalaria destruida por los sismos de 1985 y se impulsó la descentralización de los Servicios de Salud.

Durante 1983-1988 el renglón de la salud tuvo una importante prioridad dentro de la estructura del gasto del sector desarrollo social, ya que su participación durante ese período fue de 28.5% en promedio e incluso, en el último año de esa administración, su monto fue 8% superior a lo ejercido en 1982. Con relación al gasto programable del sector público, el gasto en salud también mantuvo una significativa participación, que llegó a representar el 8.6% en promedio, teniendo para 1988 un porcentaje de 2.6 mayor que en el año inicial (ver cuadro no. 4); lo que refleja el esfuerzo que el Gobierno Federal realizó para dinamizar a este sector.

Sin embargo, a pesar de este esfuerzo, el comportamiento de la economía nacional, que trajo consigo entre otros aspectos negativos, altos índices inflacionarios, hizo que el crecimiento real de los recursos para la salud se vieran seriamente afectados. A precios constantes en 1983 este gasto se redujo en un 24% con respecto a 1982 y se mantuvo prácticamente sin variaciones importantes durante los tres años siguientes, mostrando signos de recuperación en los dos últimos años del sexenio, aunque para 1988, se gastaba en salud a precios constantes 8% menos que al inicio de esa administración (ver cuadro no. 5).

Con respecto al PIB el gasto en salud también registró un comportamiento descendente ya que su participación pasó de 2.3% en 1982 a 1.8% en 1983, manteniéndose este porcentaje hasta 1986 y para el último año del sexenio representó 0.3% menos que en 1982 (ver cuadro no. 4).

Las instituciones que se vieron mayormente afectadas en cuanto al gasto se refiere, fueron las que atienden a población abierta, ya que al finalizar el sexenio su gasto fue 15% inferior al de 1982, en tanto los organismos de la Seguridad Social tuvieron una disminución de 6% comparado con el mismo año (ver cuadro no. 5).

La disminución de recursos por sí misma, representa un problema de gran magnitud, que repercute en el cumplimiento de los programas de salud. Sin embargo, a lo anterior hay que agregar que la distribución del gasto entre las dependencias del sector se da en forma desigual. Del total del gasto ejercido en 1988 las instituciones de la seguridad social, que en ese año cubrieron al 57% de la población con acceso a los servicios de salud, absorbieron el 76.0% (ver cuadro no. 6). De esta forma, el gasto per cápita de la Seguridad Social en ese año era 2.5 veces mayor que el de la población abierta. Por lo que respecta al total del gasto ejercido para ese mismo año, se tiene que al IMSS le correspondió el 61.2%, la SSA el 18.6% y al ISSSTE el 10%.

Otro aspecto de importancia además de la disminución de los recursos y su distribución desigual, es la diversidad de instituciones a las que se asignan recursos para estos fines, ya que aparte de las tres grandes instituciones (SSA, IMSS e ISSSTE) también convergen en el sector otras dependencias como PEMEX, SDN, SM, IMSS-COPLAMAR, DIF y DDF que en conjunto ejercen alrededor del 10% del gasto total en salud (ver cuadro no. 7). Estas instituciones compiten entre sí por obtener mayores prerrogativas en este campo y además intervienen en estas acciones todavía sin una efectiva coordinación programática, lo que ha seguido generando dispendio y subutilización de recursos, sobre todo si se tiene en cuenta que una parte considerable de la población derechohabiente de algunas dependencias (PEMEX, SDN Y SM) no hacen uso real de sus servicios.

Por otra parte la estructura del gasto en salud se caracteriza porque ésta tiende predominantemente hacia el gasto corriente. En 1988 el gasto en este renglón representó el 90% del total, aunque en los tres primeros años de esa administración rebazó el 94%, destacando que la mayor parte de este gasto se canaliza a servicios personales, cuyo monto se sitúa por arriba del 50% por lo menos en los gastos de la SSA, IMSS e ISSSTE (ver cuadro no. 8).

Por lo que respecta al gasto de inversión se observa que desde el inicio de la administración Delamadridista se enfrentó una compleja problemática que tenía como consecuencia tanto la insuficiencia como la subutilización de la infraestructura. Así, las unidades de salud no correspondían a un modelo homogéneo; a la ausencia crónica de sistemas de conservación y mantenimiento, se sumaba a la existencia de obras suspendidas, varias de ellas por más de 10 años, al deterioro de equipos almacenados. Por otra parte junto con los fuertes desequilibrios regionales en la disponibilidad de infraestructura, se presentaba con frecuencia la duplicidad de unidades de una misma localidad.⁴⁰⁾

En este orden, la orientación y el monto del gasto de inversión durante ese período estuvo supeditado a la infraestructura existente y a la necesidad de terminar y equipar a la totalidad de unidades que hasta ese entonces no habían entrado en operación, por lo que la creación de nueva infraestructura durante los cuatro primeros años de gobierno no fue prioritaria.

En efecto el gasto de inversión del Sector Salud descendió del 10.7% que representaba en 1982 con respecto al total del gasto en salud, a 4.5% en 1983, se mantuvo en 6% en promedio hasta 1986 y fue en los dos últimos

⁴⁰⁾ Reunión de Evaluación de la Gestión y Gubernamental 1982-1988, versión por áreas mayores, SSA, octubre de 1988.

años del sexenio cuando volvió a tener un impacto importante al llegar a 11.1% en 1987 y a 13.3% en 1988 (ver cuadro No. 9).

Con lo anterior durante 1983-1988 las unidades de primer nivel de atención del sector, se incrementaron en 20%, aunque las de segundo nivel disminuyeron en 31%. Asimismo, el número de camas censables se incrementó en 10% durante el mismo período (ver cuadro No. 10).

Cabe señalar que la infraestructura en salud se vió fuertemente dañada como consecuencia de los sismos ocurridos en 1985, que destruyeron 5,625 camas hospitalarias en el Distrito Federal, de las cuales la SSA Perdió 2,158, el IMSS 2,600 y el ISSSTE 867 (ver cuadro No. 11). Sin embargo, ese potencial de camas perdidas fue recuperado mediante la inversión realizada con recursos del Fondo Nacional de Reconstrucción, así como con utilidades de la Lotería Nacional y créditos del Banco Interamericano de Desarrollo, por lo que estos recursos se consideran al margen del presupuesto de inversión normal del Sector Salud.

A pesar de la disminución real de recursos para fines de Salud que afectó tanto al gasto corriente como al de inversión, debe señalarse que durante 1983-1988 el Sector Salud incrementó su cobertura de servicios, ya que la población sin acceso a ellos disminuyó de 10 millones en 1982 a 6.9 millones en 1988, situación que se logró básicamente a través de las medidas siguientes:

- 1.- Incremento de la cobertura para las instituciones de la Seguridad Social, principalmente el IMSS, cuyo crecimiento de recursos humanos, materiales y financieros no fue acorde con el aumento de población a la que este organismo debía atender.

2.- Fortalecimiento de las acciones de sectorización de las instituciones del sector, logrando por lo consiguiente una mayor coordinación programática, con lo que se redujo en gran medida la duplicidad de acciones existentes, aunque este fenómeno no ha sido erradicado completamente del Sector Salud.

3.- Implementación de medidas de racionalización en el gasto corriente en los aspectos siguientes:

- Reestructuración administrativa. En el caso de las Instituciones de la Seguridad Social, se recomendó racionalizar las áreas de planeación y administración y por lo que respecta a las instituciones de población abierta, su reorganización fue más a fondo. La estructura de la SSA cambió radicalmente, al disminuir sus unidades (Subsecretarías, Direcciones Generales o Similares) de 108 que tenía en 1982 a 42 en 1988.
- Reducción de plazas tanto de niveles superiores y de mandos medios como consecuencia de las reestructuraciones efectuadas y de personal de base a través de programas de retiro voluntario.
- Homologación Salarial que benefició a más de 77 mil trabajadores (médicos y paramédicos) de la SSA, ISSSTE, DIF, y DDF. Asimismo se efectuó la compatibilidad de horarios para aprovechar al máximo el tiempo de los trabajadores, con lo cual se aumentaron los niveles de productividad, aunque también significó la existencia de mayores cargas de trabajo.
- Contención Salarial que afectó sobre todo a los trabajadores administrativos, que durante ese sexenio fueron duramente castigados en sus percepciones, sobre todo en el caso de los trabajadores de la SSA y del DDF, cuyo poder adquisitivo se redujo alrededor del 60% con respecto a 1982.

4.- Descentralización de los Servicios de Salud a 14 Entidades Federativas, lo que conllevó a dotar de una mayor autonomía a los estados en el manejo de recursos y programas.

5.- Involucramiento de la comunidad en la participación de acciones de Salud, sobre todo en las relacionadas con la atención primaria como promoción y educación, inmunizaciones y capacitación.

3.3 Gasto Programático

La composición programática del gasto ha estado determinada por las políticas nacionales de Salud que han predominado sobre todo apartir de la década de los cuarentas y que se caracterizan por que los recursos destinados para la operación de los servicios siguen consumiéndose casi exclusivamente en la atención curativa, reservando muy pequeñas proporciones para la atención preventiva, la formación de recursos humanos, la capacitación de la población y la investigación científico-tecnológica.

Durante el periodo Delmadridista, se trató en cierta forma de reorientar las políticas de Salud, asignando mayores porcentajes del gasto hacia otro tipo de programas. Sin embargo, estos cambios no fueron significativos, ya que la atención curativa siguió consumiendo la mayor parte de éste.

En 1988 el gasto programático tuvo el comportamiento siguiente: (ver cuadro no. 12)

1.- Atención preventiva.- El gasto en este programa representó apenas el 4.7% del total del gasto en Salud. Para prevenir las enfermedades la SSA erogó 68.8 miles de millones de pesos, el IMSS 109.2 de miles de millones y el ISSSTE 133.6 miles de millones; es decir que este último organismo gastó más del doble que la SSA en estas acciones, aún cuando esta dependencia

es la encargada de atender a población abierta y en consecuencia su gasto debía ser mucho mayor.

Es evidente que el gasto de las instituciones en este renglón es reducido a pesar de que la incidencia y prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación y transmisibles sigue siendo de consideración.

2.- Atención curativa.- Este programa concentró alrededor del 65% del total del gasto en Salud en el año mencionado. Así mismo, del monto ejercido, la mayor parte estuvo a cargo de la Seguridad Social. Para ese año el gasto en atención curativa fue de 5,033.8 miles de millones de pesos, la Seguridad Social ejerció el 83% y las instituciones de la población abierta el 17% restante.

Por otra parte, del total del gasto en atención curativa de la Seguridad Social, el IMSS concentró el 86% y el ISSSTE el 14%. Dentro del gasto de las instituciones de la población abierta le correspondió el 84% a la SSA y el 16% restante fue ejercido por el IMSS-COPLAMAR, DDF y DIF.

3.- Investigación.- Al igual que en otros sectores, la investigación en el campo de la Salud ha carecido de los apoyos necesarios para incentivar esta importante actividad. En el año mencionado, el gasto en este renglón fue de 44.9 miles de millones; es decir, apenas el 0.6% con respecto al gasto total en salud. Las instituciones que mayores porcentajes canalizaron a estas actividades fueron la SSA, 67% y el IMSS 26%.

4.- Formación y Capacitación de recursos humanos.- El gasto en este programa fue de 441.9 miles de millones, 2.2% con respecto al gasto total, de los cuales el IMSS ejerció el 56%, la SSA el 37% y el 7% restante lo erogó el ISSSTE, DDF y el DIF.

5.- Capacitación de la población.- A pesar de la importancia que requieren este tipo de actividades para promover el cuidado de la Salud de la población y evitar enfermedades, se ha visto que estas acciones no cuentan con el apoyo financiero suficiente para cumplir sus objetivos. En este año se canalizaron al programa 16.4 miles de millones de pesos, lo que representó apenas el 0.2% con respecto al gasto total en salud. De este total, IMSS-COPLAMAR ejerció el 53% y el DIF 33%.

6.- Desarrollo de la infraestructura.- El gasto en este programa representó el 3% respecto al total del gasto en salud. En ese año la SSA es la que mayor porcentaje canalizó a estas acciones con 58% del total programado, le sigue en importancia el ISSSTE con 27%, el DDF con 8% y el DIF 6%, el gasto del IMSS, no fue determinado.

7.- Asistencia Social.- La Asistencia Social es uno de los pilares importantes que gira alrededor de la Salud de la población y que contribuye a mejorar su bienestar social, sin embargo, dentro de la estructura del gasto, dichas acciones se han visto poco favorecidas. En 1988, apenas representó el 3.8% del total del gasto en Salud y las instituciones que mayores recursos le dedicaron fueron el IMSS con 167.0 miles de millones y el DIF con 114.4; es decir el 56% y el 38% respectivamente, la SSA únicamente ejerció el 6%.

8.- Producción de Bienes.- Estas acciones están a cargo básicamente de la SSA. En el año mencionado el gasto en este programa fue de 14.1 miles de millones de pesos, de los cuales la Secretaría de Salud ejerció el 94%.

9.- Regulación Sanitaria.- Este tipo de acciones, ha venido adquiriendo mayor importancia dentro de la estructura del gasto en salud y su ejecución se fortaleció de manera sistemática durante el sexenio Delamadridista. Estas actividades son responsabilidad de la SSA, quien las regula a nivel nacional.

En el año mencionado el gasto en este programa fue de 14.3 miles de millones de pesos; es decir el 0.2% del gasto total.

10.- Administración de la Salud.- Este programa ocupa el segundo lugar en importancia - después de atención curativa - dentro de la estructura programática del gasto. Para 1988, absorbió el 20% del total del gasto en salud, del total erogado en éste programa, le correspondió el 29% a la SSA, el 67% al IMSS y el 4% restante lo ejercieron IMSS-COPLAMAR, ISSSTE y DIF.

3.3.1 Recursos Para la Salud

Durante el sexenio Delamadridista, el sector Salud empezó a resentir los efectos de la crisis económica y con ello la disponibilidad de recursos humanos y materiales necesarios para proporcionar los servicios se vió afectada.

Recursos Humanos

En el renglón de los recursos médicos y de enfermería se aprecia que su evolución no respondió al crecimiento de la población atendida por el sector salud, ya que durante ese sexenio la cobertura institucional se incrementó en un 35% en tanto que el personal médico y de enfermería lo hicieron en 34%.

En general, la distribución de recursos humanos por institución experimentó el siguiente comportamiento:

De 1982 a 1988, el personal médico y de enfermería del IMSS creció en 21 y 28% respectivamente, en tanto que su población asegurada lo hizo en 29%. En el primer año el indicador médico por 1000 habitantes era de 1.300, y el de enfermera por 500 habitantes de 0.861, sin embargo, para 1988 estos indicadores se redujeron a 0.742y 0.850 respectivamente, es decir que la

disponibilidad de recursos se vió afectada considerablemente, sobre todo en el caso del personal médico, cuyo indicador (M. X 1000 H) se redujo a casi la mitad con relación al primer año del sexenio (ver cuadros Nos. 10 y 13).

En ese año sus indicadores de médicos y enfermeras se ubicaron por abajo de los parámetros mínimos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, que son de 1 médico por 1000 y una enfermera por cada 500 habitantes.

La población derechohabiente del ISSSTE creció en un 45% en el período analizado, al pasar de 5 millones a 7.4 millones de derechohabientes. Así mismo el personal médico y de enfermería creció en 43% y 51% respectivamente. Para 1982 este organismo tenía 1.616 médicos por 1000 habitantes y 1.03 enfermeras por 500 habitantes y para 1988 el primer indicador se redujo a 1.221 mientras que el segundo permaneció prácticamente igual.

A pesar de lo anterior puede observarse que sobre todo en el renglón de los recursos médicos, este organismo, supera considerablemente el indicador recomendado por la OMS, en tanto que el de enfermeras es acorde con la norma establecida.

Durante ese sexenio, a diferencia de otras instituciones y a pesar de la crisis económica, la SSA tuvo prioridad en relación a los recursos para la Salud, sobre todo en la contratación, capacitación y homologación salarial - con respecto al IMSS y al ISSSTE, además, esta secretaría absorbió personal de IMSS-COPLAMAR en las entidades donde se descentralizaron los servicios de salud, de esta forma, el número de médicos y de enfermeras de la SSA creció en 50% y 95% respectivamente y su población atendida se elevó en un 40% al pasar de 13 millones en 1982 a 18.3 millones en 1988. Asimismo, sus

indicadores pasaron de 0.318 médicos por 1000 habitantes y 0.184 enfermeras por 500 habitantes a 1.091 y 0.990 respectivamente (ver cuadros Nos. 10 y 13).

Los indicadores de recursos de la SSA, tuvieron aumentos sustanciales durante el período que se analiza, no obstante, debe señalarse que gran parte de la población que se considera abierta, aún no es atendida por este organismo no obstante que la población potencial que debe atender la SSA ha disminuido en forma notoria, ya que en 1982 se estimaba en 45 millones el número de personas que esta dependencia tenía bajo su responsabilidad y para 1988 dicha cifra se ubicó en 23 millones de habitantes. Esta situación se debe a que la Seguridad Social y sobre todo el IMSS ha incrementado su cobertura al incorporar en su ámbito de acción a grupos que anteriormente se consideraban como población abierta y por otra parte la SSA también ha depurado y determinado con mayor precisión su cobertura poblacional.

Otro organismo que disminuyó su influencia en relación a su población atendida es el IMSS-COPLAMAR, ya que en 1982 cubría a 15 millones de habitantes y para 1988 únicamente atendía a 10 millones. Los recursos médicos del programa se incrementaron en un 4% y en cambio los de enfermería se redujeron de 6370 a 196 durante el mismo período.

Por lo que respecta a otras instituciones que prestan servicios de Salud, para 1988, PEMEX y las secretarías de Marina y de la Defensa Nacional contaban con 5,745 médicos y 5,654 enfermeras para atender a 1.8 millones de personas. Sus indicadores de médicos por 1000 habitantes fueron 2.299 para PEMEX, 3.800 para SDN y 3.116 para la Secretaría de Marina. En cambio al indicador enfermera por 500 habitantes, fue de 1.129, 4.172 y 1.995 para PEMEX, SDN y SM respectivamente. Estas cifras muestran la disparidad que

existe en cuanto a la disponibilidad de recursos de estas instituciones con relación a otros organismos del sector Salud (ver cuadro No. 13).

Recursos Físicos

En 1982 el sector Salud tenía 9223 unidades médicas, de las cuales 8068 eran de consulta externa y 1165 de hospitalización. Asimismo, contaba con 53554 camas censables, 23800 consultorios y 1574 quirófanos. Para 1988 las unidades de consulta externa se incrementaron en un 20% y las de hospitalización se redujeron en 31% en tanto que el número de camas censables, consultorios y quirófanos se incrementó en 10%, 24% y 9.5% respectivamente.

1.- La Seguridad Social.

En el caso del IMSS, las unidades médicas para la atención de su población derechohabiente tuvieron una variación poco representativa; con respecto a 1982, en 1988 las unidades de consulta externa se incrementaron en un 3.5% y en cambio las de hospitalización disminuyeron 2%. Este hecho repercutió en la disponibilidad de camas censables que descendió de 29,406 a 26,177, disminuyendo por lo consiguiente su indicador de camas por 1000 habitantes, de 1.080 al inicio del sexenio a 0.746 al término de este (ver cuadro No. 13).

El ISSSTE también se vió afectado en el número de unidades médicas, principalmente en lo que respecta a hospitales, ya que de 1982 a 1988 se redujeron en un 40% y su indicador cama por 1000 habitantes disminuyó en ese período de 1.03 a 0.816. No obstante su número de consultorios se incrementó en 58% y el de quirófanos en 17%.

En 1988 PEMEX, y las Secretarías de Marina y de la Defensa Nacional contaban con 548 unidades médicas, de las cuales 471 eran de consulta externa y 77 de hospitalización, además tenían 4,206 camas censables, 1,835 consultorios y 148 quirófanos. Los indicadores de camas por 1000 habitantes fueron de 1.146, 9.169 y 3.515 para PEMEX, SDN y SM respectivamente (ver cuadros Nos. 10 y 13).

2.- Servicios a Población Abierta

Durante el mismo período la SSA incrementó su infraestructura física del primer nivel de atención en un 80%. Sin embargo las unidades de hospitalización de segundo y tercer nivel disminuyeron en forma sensible al reducirse de 456 a 180, aunque debe señalarse que esta situación se debe a que la SSA revisó y depuró el número de unidades, ya que en la práctica, una cantidad considerable de éstas no funcionaba por estar inconclusas o por falta de equipamiento. Aún con esta situación, se observa que su indicador cama por 1000 habitantes se incrementó de 0.310 en 1982 a 1.079 en 1988 (Cuadros Nos. 10 y 13). Sin embargo, al igual que sucede con los indicadores de recursos humanos, los de los recursos físicos se incrementaron debido a la disminución en la población potencial a cubrir por esta dependencia.

En el caso de los consultorios, la SSA tuvo un incremento de 75% con respecto a 1982, mientras que el número de quirófanos creció en un 16%.

En 1988, el DDF tenía 30 unidades de consulta externa y 29 de hospitalización, principalmente de segundo nivel de atención. Asimismo, contaba con 1990 camas censables, 274 consultorios y 56 quirófanos. Su indicador cama por 1000 habitantes fue de 1.084.

Como resultado de la descentralización de los servicios de Salud a 14 entidades federativas, la infraestructura del programa IMSS-COPLAMAR que existía en dichas entidades, se incorporó a los Servicios Estatales de Salud, es decir, a la infraestructura de la SSA, con lo cual, las unidades de consulta externa de este programa se vieron reducidas en un 14% al término del sexenio, disminuyendo a su vez en 44% la disponibilidad de camas censables.

Al ser incorporado el DIF al Sector Salud, este organismo adquirió un carácter eminentemente asistencial para atender a la población minusválida - marginada económica y socialmente - entre los que se encuentran niños y ancianos, principalmente a través de centros de desarrollo comunitario, albergues, casas cuna y centros de rehabilitación.

3.4 ALGUNOS ASPECTOS DE PRODUCTIVIDAD.

El análisis de algunos aspectos de productividad de las instituciones de Salud refleja en términos concretos la aplicación del gasto, que finalmente se traduce en la disponibilidad de estos organismos para enfrentar las demandas de servicios que contribuyen al mejoramiento de los niveles de Salud de la población.

En 1988 de los principales servicios de Salud que se proporcionan se observaron los siguientes aspectos de importancia. (ver cuadro no. 14)

CONSULTA EXTERNA.- Se proporcionaron 138 millones de consultas, de este total las principales instituciones que prestaron el servicio fueron el IMSS con 55%, la SSA el 22% y el ISSSTE el 12% el 11% restante de las consultas las proporcionaron el IMSS-COPLAMAR, DDF, PEMEX, SDN Y SM.

PLANIFICACION FAMILIAR.- En este año se registraron 4.8 millones de usuarias activas de métodos anticonceptivos, controladas principalmente por el IMSS con el 67%, la SSA 22% y el ISSSTE el 0.9%.

HOPITALIZACION.- De los 3 millones de egresos hospitalarios que se registraron en el Sector, la SSA participó con el 23%, el IMSS con el 56% y el ISSSTE con el 9% y el 12% restantes de los casos fueron atendidos por IMSS-COPLAMAR, DDF, PEMEX, SDN, y SM.

A este respecto cabe señalar que en 1988, el porcentaje de ocupación hospitalaria se registró por abajo de la norma ideal, que es de 85%. Las instituciones con mayor ocupación fueron SDN 79.2%, IMSS 78.5% e IMSS-COPLAMAR 76.5%. Dentro de los organismos con mediana ocupación están el ISSSTE con 62% y PEMEX con 60%, en cambio las dependencias que registraron bajos niveles de ocupación fueron el DDF, SSA y SM con 53.7%, 48.8% y 47% respectivamente.

PARTOS.- El número de partos atendidos por el sector fue de 1.2 millones, de los cuales el IMSS atendió el 56%, la SSA el 27%, el ISSSTE el 7.3% y el IMSS-COPLAMAR el 5.4%. El 4% restante fue atendido por otras instituciones.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS.- Se realizaron por el sector un total de 1.6 millones de intervenciones quirúrgicas. De éstas el IMSS efectuó el 62%, la SSA el 15% y el ISSSTE el 9.2%, el resto de los partos los atendieron el IMSS-COPLAMAR, PEMEX, DDF, SM y SDN.

Si se compara la productividad de 1988 de las tres dependencias más importantes del sector Salud con respecto a 1982, se puede observar que a excepción de la SSA, el IMSS y el ISSSTE disminuyeron sus niveles productivos en relación al incremento de su población derechohabiente.

En el año señalado el IMSS tuvo 8 millones de aplicaciones de biológicos y 76,200 egresos hospitalarios menos que en 1982. Aún cuando el número de intervenciones quirúrgicas se incrementó en 24% y el número de partos atendidos en 11%, este crecimiento no respondió al aumento de su población asegurada que fue 29% de 1982 a 1988.

La productividad del ISSSTE se incrementó como sigue:

Egresos hospitalarios 3%, intervenciones quirúrgicas 32% y partos atendidos 10%, mientras que su población derechohabiente creció 45%.

La SSA es la dependencia que para ese período registró un aumento real en cuanto a sus porcentajes de productividad, ya que su población atendida creció en un 40% durante ese período y el número de aplicaciones biológicas se incrementó en 61% en tanto que el de usuarias activas se duplicó. Así mismo el número de egresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y partos aumentaron 54%, 45% y 50% respectivamente.

3.5 EL GASTO EN SALUD EN LOS ULTIMOS AÑOS

La administración salinista en 1989, planteó la necesidad de iniciar paulatinamente una recuperación de la economía que para ese entonces significaba un reclamo nacional. A partir de ese año, las condiciones económicas del país presentaron una nueva orientación, lo cual permitió un crecimiento del PIB que se situó en 3.3% en promedio de 1989-1993.

Otros aspectos importantes como la renegociación de la deuda externa en términos favorables para el país y el combate a la inflación contribuyeron a sanear la economía nacional y permitieron incrementar los recursos destinados en el renglón del desarrollo social. Durante el período señalado, el

gasto destinado a estas áreas se incrementó de 32% en 1988 a alrededor del 50% en 1993 respecto al gasto programable del Sector Público.

Este hecho permitió a su vez que los recursos presupuestarios para los servicios de salud se vieran incrementados sustancialmente durante este periodo, ya que su participación con respecto al gasto programable del sector público se elevó de 10.9% a 15.8% en el mismo periodo (ver cuadros 4 y 15).

Además del gasto se que se canaliza a través del presupuesto normal de las dependencias del sector salud, desde 1991 el gobierno federal apoyó la operación de estos servicios con recursos adicionales mediante el Programa Nacional de Solidaridad, básicamente con los programas de Atención de Servicios de Salud a Población Abierta (PASSPA); Infraestructura en Salud y Hospital Digno.

Los recursos aportados por Solidaridad para estos programas representaron anualmente alrededor del 0.15% del PIB, lo que contribuyó a fortalecer la infraestructura médica y a ampliar la cobertura de los servicios en beneficio de población marginada de las áreas rurales y urbanas.

No obstante, si bien es cierto que durante este periodo se canalizaron mayores recursos en la materia , también resulta importante destacar que estos resultaron insuficientes para satisfacer las crecientes demandas de servicios. Por un lado, era necesario atender los rezagos existentes en cuanto a personal para la salud, infraestructura y equipamiento así como a los 6.9 millones de personas que en ese entonces quedaban al margen de estos servicios. Asimismo, se requería enfrentar las nuevas demandas de servicios de los casi dos millones de habitantes que se suman anualmente a la población y que por lo consiguiente, se convierten en usuarios potenciales de los servicios que prestan las instituciones del Sector Salud.

Aunado a lo anterior, al igual que durante la administración de Miguel de la Madrid Hurtado, siguieron persistiendo vicios al interior del sector que redundaron en un inadecuado aprovechamiento del gasto, tales deficiencias se pueden resumir en los puntos siguientes:

- Diseminación del gasto en múltiples instituciones como son: SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-SOLIDARIDAD, PEMEX, SDN, SM Y DDF. Tal situación contradice el principio de la Administración que supone la suma de esfuerzos para proporcionar servicios con la mayor racionalidad posible, entendiendo que cuando se crea una función pública, se debe encargar de ella organismos homogéneos, en lugar de poner esta responsabilidad en diversas estructuras que atiendan a diferentes sectores de la sociedad, este hecho es aún más reprochable en épocas de crisis, donde la racionalización de los limitados recursos de que se dispone debe ser prioritaria.

- Traslapes de cobertura.- Esta situación se da sobre todo en cuanto a población abierta con el DDF y la SSA en el Distrito Federal y la SSA e IMSS-SOLIDARIDAD en el medio rural. También se da el caso de que buena parte de la población asegurada no hace uso real de sus servicios. Por otra parte existen déficits importantes en la materia, identificándose 12 estados con problemas de cobertura. Aunque con mucha variabilidad (37 mil - 3 millones), entre ellos suman alrededor de 8.6 millones de habitantes, lo cual representa el 10.6% de la población nacional. Entre estos estados se encuentran México, Guanajuato, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala.⁵⁰

- Existencia de déficits importantes en cuanto a médicos y enfermeras . En 1990 se estimaba un déficit de 5,683 médicos, aunque su distribución es

⁵⁰) Frenk Julio, Infante Claudia, Lozano Rafael y Shilaipfer Loraine, Desigualdad, Pobreza y Salud en México, El Nacional, Méx. 1993, pág. 158.

desigual, los estados de baja marginación contaban con 1.47 médicos por 1,000 habitantes en tanto que en los de baja marginación la razón es de .76.

En cuanto a enfermeras, se estimaba que mientras en estados de baja marginación existía un superávit de este recurso, en los estados de marginación media existía un déficit de 8,200 enfermeras y en los de baja marginación el déficit se calculó en 21 mil enfermeras.⁵¹⁾

- Existencia de déficits en cuanto a camas y consultorios. A nivel nacional falta por cubrir el 22% de la población, lo cual equivale a 18 mil camas. Los estados de alta marginación cuentan con los recursos para cubrir las necesidades de salud de la mitad de su población y el resto queda sin cobertura. En los estados de marginación media la cobertura asciende a 73%. La población que queda descubierta es de 22 millones: ocho de los estados de marginación media y 14 de marginación alta.

En cuanto a consultorios se observa un déficit de 4,243 que abarca a la mayoría de los estados. por lo menos 22 presentan cierto déficit y 19 de ellos un déficit importante. Las entidades con mayores problemas de infraestructura en este rubro de recursos para la salud son Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Puebla, México y Guanajuato, cuyas carencias son superiores a los 1,000 consultorios.⁵²⁾

En todos estos aspectos cabe señalar que existe una alta concentración de recursos en entidades de baja marginación (sobre todo en DF), siendo a su vez los estados más perjudicados en estos rubros las entidades catalogadas como de alta marginación: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Puebla, Veracruz y Oaxaca.

⁵¹⁾ Idem, págs. 147, 148, 152 y 155.

⁵²⁾ Idem, págs. 150 y 151.

- Para 1993 existían considerables desigualdades en cobertura y disponibilidad de recursos entre las instituciones del sector.*

- a) La cobertura sigue concentrándose en el IMSS, SSA, IMSS-Solidaridad e ISSSTE en el orden de 41%, 32%, 12% y 10% que en total cubren al 95% de la población.
- b) El gasto per cápita fue de 953 nuevos pesos para PEMEX, seguido por el IMSS con 601 nuevos pesos e ISSSTE con 227 nuevos pesos. El resto de las instituciones se situaron por debajo de los 200 nuevos pesos por habitante.
- c) PEMEX y las Secretarías de Marina y de la Defensa Nacional contaban con más de 3 médicos por 1,000 habitantes en comparación con el ISSSTE y la SSA que tenían 1.5 y 1.1 respectivamente. En cambio el IMSS, el DDF e IMSS-Solidaridad no alcanzaron el indicador de 1 médico por 1,000 habitantes.
- d) PEMEX, SDN y SM alcanzaron de 3.7 a 5.7 enfermeras por 1,000 habitantes. El ISSSTE y la SSA tuvieron 2 y 1.6 enfermeras por 1,000 habitantes respectivamente, en tanto que el DDF y el IMSS-Solidaridad no alcanzaron el indicador de 1 enfermera por 1,000 habitantes.
- e) Las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina alcanzaron un indicador promedio de 4.5 camas por 1,000 habitantes, PEMEX 2 camas por 1,000 habitantes y el resto de instituciones se ubicó entre 0.2 y 0.8 camas por 1,000 habitantes.

* Ver el boletín de información y estadística No. 13, "Recursos y Servicios", Sistema Nacional de Salud, pags. 507 y 508.

- f) PEMEX y las Secretarías de Marina y Defensa Nacional tuvieron entre 1 y 1.7 consultorios por 1,000 habitantes y el resto de instituciones no llegó a 0.6 consultorios por 1,000 habitantes.

3.6. PERSPECTIVAS DEL GASTO EN SALUD

A pesar de que durante ese período el gasto en este renglón ha tenido un crecimiento sustancial, debe señalarse que éste sigue siendo insuficiente para brindar servicios con calidad y calidez al total de la población que los demanda ya que en 1993 existían alrededor de 8.5 millones de personas sin acceso a los servicios de salud.

Por ello, es necesario seguir incrementando los recursos presupuestarios como mínimo hasta lograr un 5 por ciento en relación al PIB para ampliar la cobertura y mejorar la operación de los servicios canalizados a recursos humanos, infraestructura, insumos médicos, equipo, instrumental y medicamentos, que permita a la población mexicana a través de las diversas modalidades (Seguridad Social, Asistencia Pública) acceder a los servicios básicos de salud.

No obstante lo anterior se considera que en el futuro inmediato los recursos presupuestarios del gobierno federal para estos servicios tienden a permanecer en los niveles actuales y más aún, se considera que éstos se verán afectados debido a la nueva orientación de las políticas que se pondrán en marcha en este campo, sobre todo con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio.

Con el TLC crece la tendencia de abrir un gran campo a la inversión privada, de hecho en México desde 1987 opera en el país un sistema de seguros médicos que ha venido ampliando su radio de acción en forma importante. "Actualmente ha logrado implantarse ya en varias universidades-la UNAM y la

UAM entre otras, el Sistema de Transporte Colectivo (Metro), en los bancos y en las cadenas de supermercados: Incluso como una prestación adicional, lo que constituye además el sustento ideológico del proceso de privatización de los servicios de salud".⁵³⁾

Lo anterior, podría traer como consecuencia que en el futuro se delimite con mayor precisión el Sistema de Seguridad Social en el país y se constituya un organismo único que fusionaría los servicios que brinda el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SM Y SDN. Esta institución atendería a la población con capacidad contributiva para financiar las prestaciones correspondientes.

Por otra parte, se ampliaría el campo de acción de la medicina privada con inversión nacional y extranjera, ya que se considera que actualmente existe una población potencial de 25 millones de habitantes susceptibles de ser atendidos a través de dicha modalidad, gran parte de éstos son derechohabientes de las instituciones de seguridad social, principalmente del IMSS.

Por lo que respecta al actual Sistema de Asistencia Pública, se prevé que éste reoriente sus políticas en cuanto al grupo poblacional objeto de atención y limite su cobertura poblacional.

Al mismo tiempo los recursos destinados para la atención médica se verán cada vez más limitados y en cambio se reforzarán las acciones relacionadas con los servicios no personales de salud (medicina preventiva, fomento a la salud, regulación sanitaria). Estos se orientarían con mayor prioridad a población de escasos o nulos recursos, entre los que estarían personas que perciben el salario mínimo, subempleados, desempleados y población indigente, entre otros.

⁵³⁾ Laureli Cristina, "Crece en México la tendencia de implantar un servicio Médico dual". La Jornada, 27 de enero de 1992.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Como resultado del análisis que se ha llevado a cabo en este trabajo acerca de la composición, distribución y tendencia del Gasto Público en Salud y su repercusión en la prestación de estos servicios durante la administración del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, a continuación se presentan las conclusiones siguientes:

Capítulo I. EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

1.- La evolución de los Servicios de Salud ha tenido diferentes características en las distintas épocas de desarrollo del país. En un principio el Estado Mexicano tuvo una participación marginal en este tipo de actividades y solo a partir de la Constitución de 1917 se le asignan facultades para intervenir más directamente en este campo, con lo cual se fortalecieron diversos esquemas de atención, con intereses distintos y en ocasiones contrapuestos, para cubrir a un determinado estrato social, entre los que se encuentran obreros, trabajadores al servicio del Estado, y la población de escasos recursos económicos, también denominada "población abierta", reafirmando con esto, la existencia en nuestro país, de una medicina estratificada. Por otra parte, el crecimiento de los servicios se dió en forma anárquica, como resultado de una agregación de funciones y organismos, cuyas actividades carecieron por mucho tiempo de una adecuada coordinación que propiciara el aprovechamiento racional de los recursos y servicios.

Aún cuando los Servicios de Salud durante el período Delamadridista, se enmarcan en el contexto antes descrito, éste período se constituyó como punto de partida para la reestructuración del sector. En primer lugar, se

reconoce constitucionalmente el derecho a la Salud, que contempla el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, y a su vez, La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, prevé que la SSA coordinará los programas de Servicios a la Salud de la Administración Pública.

2.- La salud individual y colectiva no depende únicamente de la disponibilidad de Servicios de Salud, sino que además, está condicionada por una serie de factores socioeconómicos como la educación, alimentación, vivienda, medio ambiente y empleo, que en su conjunto intervienen en forma significativa en el proceso salud-enfermedad.

Los niveles de bienestar de la población Mexicana presentan desigualdades que han sido determinadas por las características propias del desarrollo económico del país. De este modo, los índices de atraso y pobreza se presentan con diferentes matices en las distintas regiones, siendo los estados del sur, sureste y centro de la República, donde se encuentran los mayores problemas de analfabetismo, desnutrición, inadecuados niveles de sanidad y vivienda, así como intensos movimientos migratorios y dispersión demográfica, entre otros. Estos fenómenos influyen en mayor o menor medida en la Salud de los Mexicanos.

En las diferentes épocas, la situación de Salud de la población ha ido experimentando una mejoría cualitativa, sin embargo, en la actualidad aún existen serias dificultades en este campo, mismas que son cuestionables, cuando se considera que pudieron haber sido superadas a través de una mejoría en la prestación de servicios, garantizando la disponibilidad de los mismos a toda la comunidad, sobre todo aquellos que se refieren a la atención primaria - capacitación de la población, educación para la Salud -, racionalización de estructuras y recursos, así como el impulso de la investigación y capacitación permanente del personal de salud.

3.- La situación de Salud de la población evidencia las limitantes a que se enfrentan las instituciones para resolver la problemática en este campo, así por ejemplo:

a).- Se ha experimentado un cambio importante en la estructura de las enfermedades, en la cual, las propias de un país industrializado han aumentado considerablemente. Los padecimientos del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro-vasculares, que en 1950 representaban el 9.8% del total de muertes ocurridas, para 1986 significaron el 32.7% de dicho total.

b).- Tenemos como segunda causa de muerte, a los accidentes y violencias, y la mayoría de estas muertes son ocasionadas por vehículos de automotor, lo que habla en principio de un mayor desarrollo del país pero también de una ausencia de medidas efectivas por parte de las autoridades y de capacitación hacia la población en este campo, para prevenir y evitar estas muertes.

c).- En la mortalidad materna actúan como principales causas las toxemias del embarazo y las enfermedades infectocontagiosas, y se ha señalado que estas muertes podrían ser evitadas en su mayoría, mejorando los servicios; es decir aumentando la calidad y cantidad de los mismos.

d).- La desnutrición es un factor que afecta a gran parte de población infantil 65% en el medio rural y 35% en el medio urbano, que al conjugarse con las enfermedades infectocontagiosas, causan la mayoría de las muertes en este grupo poblacional.

e).- A pesar de que en la actualidad ya se tienen controladas gran parte de las enfermedades transmisibles, todavía persisten en algunos estados y regiones del país, frecuentes casos de éstas enfermedades que siguen representando serias amenazas para la población, como son: La poliomielititis, Sarampión

tosferina y tétanos. Además, hay que agregar que la prevalencia del SIDA va en aumento afectando a grandes núcleos poblacionales, sin que hasta la fecha exista una posible forma de control.

CAPITULO II.- LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

4.- El enclave de los servicios de salud en la Administración Pública Federal para atender a la población mexicana, se da básicamente a través de la Seguridad Social y la Asistencia Pública (población abierta). Estos esquemas interactúan en un sector heterogéneo y complejo, cuya formación y desarrollo ha carecido de mecanismos efectivos para su regulación.

La Seguridad social atiende a los trabajadores afiliados al sistema y a sus familiares, que junto con ellos son derechohabientes, aunque es sabido que un número determinado de asegurados, no hace uso real de estos servicios, acudiendo ya sea, a la medicina privada o a otras instituciones gubernamentales.

5.- El crecimiento desmedido del Sector Salud ha sido tolerado y en cierta forma propiciado por el estado Mexicano, ya que la legislación en la materia da margen para que cualquier organismo tanto del sector público como del Social pueda crear o administrar estos servicios en cualquier parte del territorio nacional, sin que quede establecida con precisión la facultad del Estado en su regulación.

A lo anterior hay que agregar que la organización de los servicios de salud a nivel nacional se ha ido gestando sin atender a criterios de regionalización, que tomaran en cuenta la infraestructura de otros organismos de la Administración Pública Federal, Estatal y Local, lo que ha generado entre

otros aspectos subutilización de recursos, duplicidad de acciones y traslape de coberturas.

El surgimiento cada vez mayor de instituciones que venían a engrosar al sector Salud, hizo difícil en sexenios anteriores la coordinación de acciones en este campo a pesar de los diferentes mecanismos que se establecieron para tal fin desde la época Echeverrista. De estos mecanismos destaca la Coordinación de los Servicios de Salud que fue creada a finales del período Lopezportillista y que tuvo mayores resultados, ya que a través de esta instancia se inició de hecho la integración de los Servicios de Salud.

Sin embargo, no fué hasta la administración de Miguel de la Madrid Hurtado cuando estos mecanismos de coordinación adquirieron mayor formalidad y solidez, lo cual se refleja en los ordenamientos jurídicos respectivos como el artículo 4º constitucional, la Ley General de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, cuya esencia se orienta al logro de una mayor cohesión de estas actividades.

Durante el período de MMH se sentaron las bases para un reordenamiento de los servicios que fue planteado a través de la Sectorización e integración de programas y recursos. Estos procesos no concluyeron en dicha gestión, sin embargo constituyen importantes avances en la materia.

En ese sexenio se planteó de manera más formal la integración de los servicios a través de dos modalidades, que son la " Programática y la estructural ", con lo cuál se ha evitado en gran medida la duplicidad de acciones, propiciando un mejor aprovechamiento de recursos. Sin embargo, este proceso de integración ha quedado interrumpido, por lo que aún no se ha logrado una verdadera reestructuración del sector que tome en cuenta desde el punto de vista administrativo la justificación para la permanencia o

supresión de determinados organismos y funciones que propicie una mayor racionalización del gasto público.

CAPITULO III.- GASTO EN SALUD DURANTE LA ADMINISTRACION DE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO

6.- El comportamiento del gasto ejercido en el renglón de la salud durante la administración de Miguel de la Madrid Hurtado se enmarcó en un contexto de crisis económica que se vió especialmente intensificada durante ese período, teniendo repercusiones negativas en los gastos de bienestar social.

A pesar de la difícil situación en que se encontraba la economía mexicana en la década de los 80s, debe señalarse que el renglón de la salud mantuvo una importante prioridad, que se reflejó tanto en su participación dentro de la estructura del gasto en Desarrollo Social como en la del Gasto Programable Sector Público. Sin embargo, medido a precios constantes su comportamiento tuvo un crecimiento negativo, sobre todo durante los cuatro primeros años del período, el cual repercutió en la participación del gasto con respecto al PIB que descendió de 2.3% en 1982 a 2.0% en 1988.

Este descenso real del gasto en salud repercutió a su vez en la disponibilidad de recursos en las instituciones para dar cumplimiento a los programas encomendados, cuyo impacto se evidenció con mayor intensidad en las dependencias de la Asistencia Pública. Sin embargo, es importante señalar que durante este período se propició una mayor y más efectiva racionalización, básicamente en lo que se refiere a los recursos, infraestructura y mecanismos de abasto, así como en la determinación y estandarización de cuadros básicos de insumos y medicamentos de las instituciones de Salud.

A pesar de que las acciones de racionalización puestas en marcha en ese período significaron un serio e importante esfuerzo para optimizar el aprovechamiento de los recursos destinados para el sector, es incuestionable que dichas medidas aún resultan insuficientes para lograr un reordenamiento eficaz del gasto público que garantice su adecuada utilización, encontrándose que:

a) La distribución del gasto entre las diferentes instituciones del sector es marcadamente desigual, de tal forma que el gasto per cápita de la Seguridad Social para 1988 era 2.5 veces mayor que el de la población abierta.

b) Los recursos presupuestarios siguen concentrándose en el gasto corriente y el rubro que mayores asignaciones concentra es el de los servicios personales, al cual se destinan alrededor de 53% del total del gasto corriente, lo que ha repercutido en los programas de inversión, que durante el período señalado se vieron sensiblemente afectados, sobre todo en los cuatro primeros años del sexenio, en los cuales la asignación para la creación de infraestructura no fue relevante, aunque se llevaron a cabo acciones concretas para la terminación de unidades que estaban en proceso y para poner en operación aquellas que estando terminadas no funcionaban por falta de recursos humanos y físicos (equipo, material etc.) y al mismo tiempo, se destinaron recursos para la remodelación y mantenimiento de las unidades existentes.

c) En la asignación del gasto persiste una excesiva diseminación en diferentes organismos tanto de la Seguridad Social como de la población abierta, ya que además de la SSA, IMSS, ISSSTE y DIF se canalizan recursos a PEMEX, SDN, SM, IMSS-COPLAMAR y el DDF, lo que sigue ocasionando un desaprovechamiento de recursos.

d) La integración de los presupuestos de las instituciones se enmarca en el contexto de un techo presupuestal previamente determinado por las autoridades hacendarias, el cual en la mayoría de los casos no es acorde a las necesidades reales en cuanto a la demanda de servicios.

Para aliviar esta situación, los diferentes organismos, pueden solicitar ante la SHCP, en caso extraordinario, una aplicación líquida al presupuesto original (durante marzo-octubre de cada ejercicio presupuestal) y su aprobación queda superditada a una justificación plenamente fundamentada y a la disponibilidad de recursos para tal fin.

e) A pesar de que la Ley General de Salud (art. 7º), le atribuye facultades a la SSA para coordinar el Sistema Nacional de Salud, en materia presupuestal, la responsabilidad de esta dependencia, se restringe únicamente a la determinación de la estructura programática (conjuntamente con las instituciones del sector), sin que tenga hasta la fecha, ninguna ingerencia en la integración, seguimiento y evaluación de los presupuestos de esos organismos.

f) Por otra parte, el control del gasto público que lleva a cabo el Ejecutivo Federal, ha resultado insuficiente, en virtud de que las contralorías internas que la ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público señala que deben existir, son órganos que dependen de las propias dependencias, con lo cual actúan como juez y parte en la ejecución y control del gasto, además de que el Poder Legislativo ha tenido un papel restringido en esta materia, sobre todo en la revisión y análisis de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, la cual hasta la fecha se realiza en forma limitada.

7.- Durante el periodo de Miguel de la Madrid Hurtado se notaron cambios en la estructura y composición del gasto, basados en el redimensionamiento de

los universos y coberturas poblacionales, que a su vez generaron dos aspectos sobresalientes:

a) La Seguridad Social -principalmente el IMSS- amplió su ámbito de responsabilidad, captando un mayor número de derechohabientes, sin embargo los recursos existentes para la prestación de los servicios no correspondieron a la magnitud de las nuevas demandas, en virtud de que los montos de las cuotas obrero-patronales y de las aportaciones estatales se vieron reducidas en ese periodo.

b) Por otra parte, se definiéron con mayor precisión los universos que le corresponde atender a las instituciones que prestan servicios a población abierta, con lo cual la población potencial de estos organismos se vió reducida en comparación con años anteriores, lo que a su vez significa una reducción paulatina en la capacidad de financiamiento del Estado en este campo.

8.- Por último en relación a la distribución programática del gasto y a los aspectos de productividad se señalan los aspectos siguientes:

a).- La implantación y desarrollo de las políticas de Salud, que han venido predominando en nuestro país, sobre todo a partir de la década de los cuarentas, ha conllevado a que la distribución programática del gasto se siga concentrando casi exclusivamente en la atención curativa, relegando a un segundo plano los programas de atención preventiva, formación de recursos humanos, capacitación de la población y la investigación científico-tecnológica, que son importantes para prevenir y mantener la Salud de la población.

b).- A pesar de que algunas instituciones se vieron afectadas seriamente en la disponibilidad de recursos humanos y físicos y sus indicadores

descendieron con respecto a 1982 (IMSS, ISSSTE, IMSS-COPLAMAR), otros organismos como PEMEX, SDN, y SM, han concentrado y siguen concentrando recursos, que no tan sólo son suficientes para el desarrollo de sus actividades, sino que resultan excesivos, ya que sus indicadores de recursos superan 2 y hasta 3 veces los del resto de las instituciones del Sector.

Por lo que toca a la SSA, aunque sus indicadores mejoraron con respecto a 1982, tales incrementos se deben en gran parte a que esa dependencia absorbió los recursos de IMSS-COPLAMAR en 14 entidades federativas en donde se descentralizaron los servicios y a su vez su población potencial a atender disminuyó en un 40% durante ese periodo.

c).- Del total de servicios proporcionados por el sector, las instituciones que más intervienen en la productividad son IMSS, la SSA y el ISSSTE y el resto de los organismos tienen una presencia poco relevante. En 1988 estas tres instituciones participaron en promedio en el 95% de las actividades de aplicación de biológicos, consultas de planificación familiar, intervenciones quirúrgicas, egresos hospitalarios y partos atendidos.

d).- Si se toma en cuenta la evolución de las coberturas poblacionales, se concluye que tanto el IMSS como el ISSSTE disminuyeron su productividad en la prestación de servicios; es decir que sus porcentajes registrados en 1988 descendieron con respecto a los obtenidos en 1982. En cambio la SSA registró incrementos considerables en la productividad de sus servicios en ese mismo periodo.

RECOMENDACIONES

Considerando que el presente trabajo servirá para examinarme como Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, las siguientes recomendaciones las hago desde esa óptica.

1.- El desarrollo de los servicios de salud en nuestro país, especialmente en un período de crisis económica requieren implantar acciones que propicien el máximo aprovechamiento de los recursos con que se cuenta, a fin de constituir un sector más homogéneo que optimice la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y acciones de salud encaminados a la racionalización del gasto público que para estos fines se destina.

El principal planteamiento de la presente tesis profesional gira en torno a la necesidad de propiciar una mayor racionalización del gasto público que actualmente se destina para los servicios de salud en el país, considerándose que una de las formas para lograr este propósito sería impulsando la integración efectiva del sector, proceso que se planteó y de hecho se inició en el periodo de Miguel de la Madrid Hurtado a través de las modalidades "programática" y "Estructural", el cual aunque presenta considerables avances, todavía requiere de un importante esfuerzo para su culminación.

En este sentido, se requiere intensificar medidas que garanticen plenamente la integración programática en el corto y mediano plazo a fin de lograr que las instituciones del sector salud basen sus acciones en el Programa Sectorial de Salud (Programa Nacional de Salud), instrumentado por la SSA en coordinación con las propias instituciones, sin duplicar esfuerzos en la prestación de los servicios para aprovechar plenamente la infraestructura y

recursos con que cuentan las diferentes dependencias prestadoras de servicios de salud.

La integración programática ha avanzado en la instrumentación de programas, lineamientos de presupuestación, determinación de cuadros básicos y mecanismos de abasto entre otros aspectos, sin embargo la coordinación que se ha dado hasta la fecha no ha sido del todo satisfactoria, encontrándose que se siguen presentando fenómenos de duplicidad de coberturas entre las adiferentes instituciones, lo que hace necesario redefinir los criterios generales de este mecanismo de integración.

2.- Una vez que se logre avanzar en la integración programática será indispensable intensificar el proceso de la integración estructural, que consiste en fusionar recursos y servicios de unas instituciones a otras. En este caso se deben incorporar de preferencia los servicios de salud que prestan algunas instituciones cuya función sustantiva no es precisamente la de proporcionar servicios de salud a otras dependencias que por su naturaleza jurídica tienen esa responsabilidad y que además cuentan con infraestructura y recursos más desarrollados.

En esta situación se encuentran organismos como PEMEX, SDN, SM, IMSS-SOLIDARIDAD, Y EL DDF, que por diferentes circunstancias jurídicas proporcionan servicios médicos a sus trabajadores y familiares y a la población abierta.

Este proceso de integración se inició en 1985, en 14 entidades federativas, con la descentralización de los servicios de salud, en donde se integraron a la SSA básicamente los servicios de IMSS-COPLAMAR y los Estatales y Municipales que venían funcionando hasta antes de consolidarse el proceso de descentralización en esos 14 estados, sin embargo, en ningún caso se

consideró la posibilidad de fusionar servicios de otros organismos como PEMEX, SDN y SM.

Al respecto cabe mencionar que esta modalidad (integración estructural) presenta mayores obstáculos para llevarse a cabo, ya que de origen plantea que para su formalización debe existir viabilidad política, técnica y financiera de cada organismo en particular, con lo cual se condiciona seriamente su realización.

Sin embargo, desde el punto de vista administrativo, se considera indispensable revisar a fondo la conformación actual del sector y en consecuencia, avanzar en la instrumentación de la integración estructural que evite la proliferación y concurrencia de un número excesivo de instituciones, que prestan servicios a diferentes sectores de la población, ocasionando con ello traslapes de coberturas y subutilización de recursos. Este proceso deberá afectar a todas las dependencias del sector público, según se requiera a fin de conformar un sector más eficiente y racional en la operación de los servicios en beneficio de la población usuaria.

Se propone por lo tanto, el fortalecimiento de tres instituciones del Sector Salud, que serían la SSA como dependencia encargada de proponer la Política General de la Salud Pública del Gobierno Federal y que atiende a población abierta y el IMSS e ISSSTE como organismos de Seguridad Social y que de conformidad con sus respectivas leyes deben atender a su población derechohabiente, entre los que se encuentran obreros y trabajadores al servicio del Estado. Dicha integración sería como sigue:

a).- Los servicios que proporcionan organismos bajo el esquema de la Seguridad Social y de acuerdo a los intereses específicos de cada institución podrían integrarse en dos vertientes:

- **PETROLEOS MEXICANOS** fusionaría sus servicios al Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo carácter de organismo público descentralizado se asemeja más con este régimen de servicios.

- Los servicios que prestan a sus trabajadores las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina deberán fusionarse al ISSSTE, conservando estas dependencias las acciones relacionadas con la Sanidad Militar y Naval que de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal les corresponde desarrollar.

b).- Así mismo, los servicios de otros organismos que atienden a población abierta, entre los cuales se encuentran el DDF, IMSS-SOLIDARIDAD y Servicios Estatales y Municipales, deberán ser incorporados a la SSA, que es la dependencia de la Administración Pública Federal, encargada de realizar estas acciones. De hecho con la descentralización de los servicios esta integración ya se ha iniciado.

Es cierto que de llevarse a cabo la integración de los servicios de Salud, dicho proceso se enfrentaría a serios obstáculos tanto en el ámbito político, como en el administrativo y técnico, pues se afectarían intereses específicos de cada institución que repercutirían en las actitudes de los trabajadores y derechohabientes, convirtiéndose en una barrera para la consecución de los objetivos, sin embargo, dicha integración es susceptible de realizarse, mediante un sistema que garantice un adecuado servicio, sin descuidar los esquemas laborales y de afiliación que priven en cada caso.

De llevarse a cabo la integración de los servicios de salud y a efecto de garantizar la puesta en marcha de este proceso, será necesario enfatizar en los aspectos siguientes:

Legislación.

La nueva estructura de los servicios requerirá de un marco jurídico idóneo que delimite con mayor solidez la responsabilidad del Estado Mexicano en la regulación de estos servicios, estableciendo lineamientos precisos para la creación administración y en su caso supresión de establecimientos, de Salud.

Las modificaciones al marco jurídico abarcarían desde los ordenamientos constitucionales como son los artículos 4º, 73º y 123º, así como los lineamientos establecidos en la legislación laboral en sus artículos 132 fracción XVII y 487; y por lo tanto dichas modificaciones repercutirían en la Ley General de Salud, Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y las respectivas Leyes Orgánicas de las Administraciones Públicas Estatales y Municipales así como en las Leyes del IMSS y del ISSSTE y otros ordenamientos, decretos y acuerdos que estén relacionados con la materia.

Sectorización

Una vez integrados los servicios será necesario reorientar la conformación del Sector Salud, propiciando una mayor cohesión para darle solidez en la coordinación de acciones de Salud, sobre todo en lo que se refiere a la planeación, ejecución, control y evaluación de programas.

De esta forma se constituiría el Sector Salud como ente único (actualmente existen los sectores "Programático" y "Administrativo") cuyos lineamientos serían de orden general y afectarían por igual a todas las instituciones del sector, siendo la SSA, la dependencia responsable de su coordinación, como entidad de la Administración Pública Federal, encargada de dictar y regular la política en este campo.

En esta nueva modalidad le correspondería a la SSA:

- **Integrar en base a los programas institucionales (SSA, IMSS e ISSSTE), el programa sectorial de Salud, asegurando la concurrencia efectiva de las instituciones en su ejecución.**
- **Vigilar la congruencia de objetivos y metas planteada por las instituciones de Salud y el cumplimiento de los mismos.**
- **Proponer correcciones cuando se detecten desviaciones en el ejercicio del programa sectorial y en su caso reprogramar acciones para asegurar su cumplimiento.**

Por su parte el IMSS y el ISSSTE deberán:

Participar en la integración del programa sectorial.

Asegurar la congruencia de objetivos y metas entre el programa institucional y el sectorial.

Informar a la SSA de los avances de objetivos y metas planteados.

Organización.

La integración de los servicios conllevaría a que las instituciones que permanezcan dentro del sector adopten modelos organizativos para que sus estructuras y recursos estén acordes a las nuevas necesidades de servicios. Estos modelos serán el resultado de estudios orgánico-funcionales de las instituciones que determinen con mayor precisión los requerimientos necesarios para el cumplimiento de sus fines.

Asimismo será necesario instrumentar un modelo de regionalización a nivel nacional, que considere la infraestructura existente en el país y la cobertura

poblacional de cada institución a fin de evitar duplicidad y en su caso crear la infraestructura necesaria donde se carezca de ella.

Por otra parte, deberá intensificarse y concluir a la brevedad el proceso de descentralización de los servicios hacia las entidades federativas, con la finalidad de acercar la solución de los problemas en el lugar en que estos se generen, asignando los recursos necesarios para tal fin, tomando en cuenta que al dotar de mayor autonomía a las entidades federativas en el manejo de los programas y recursos, se propicia un mayor aprovechamiento del gasto.

Gasto Público.

Este aspecto reviste gran importancia en la nueva conformación de los servicios, ya que de su monto, asignación y ejecución, dependerá la orientación que tengan en el futuro estas actividades. La estructuración del gasto público deberá estar orientada tomando en cuenta un programa sectorial cuidadosamente integrado y que considere objetivos, metas y estrategias que respondan a una problemática real de salud en el país, para que su distribución este basada en las necesidades específicas de salud de la población y en la capacidad de respuesta - infraestructura y recursos - de cada organismo para satisfacer las demandas que se presenten, para lo cual debe hacerse hincapié en lo siguiente:

- a) El Estado debe propiciar la recuperación paulatina del gasto en Salud hasta llegar a nivel medio gastado por los países Latinoamericanos que es de 5% en relación al PIB.
- b) La canalización del gasto deberá hacerse a través de la SSA que en base al programa sectorial asignará los recursos a las instituciones, asimismo, esta dependencia debe tener facultad para ejercer acciones de control y evaluación.

c) El gasto por institución debe ser acorde con el número de población atendible, de tal forma que el gasto per cápita de la población abierta sea similar al de la Seguridad Social.

d) Reordenar la composición del gasto, procurando que los porcentajes de gasto corriente y de inversión se ajusten con mayor precisión a las necesidades de recursos para el cumplimiento de las actividades, tomando en cuenta los siguientes puntos de importancia:

- Optimizar el uso de materiales y recursos.

- En relación al personal administrativo, (que ha sido el más afectado), se requiere establecer programas de capacitación permanente para elevar su eficiencia, propiciar mejoras cualitativas en los niveles salariales que tiendan a la recuperación del poder adquisitivo; aprovechar al personal de los organismos que dejan de prestar estos servicios y en los casos que se requiera redistribuir al personal de conformidad a las cargas de trabajo existentes y a su perfil laboral.

- Aprovechar racionalmente la infraestructura existente, así como la propia de otras instituciones que se incorporen a la SSA, IMSS o ISSSTE.

- Crear infraestructura únicamente donde se carezca de ella.

- En las áreas o regiones donde exista unidades médicas de dos o más instituciones y que dupliquen servicios entre sí, deberá realizarse la depuración a fin de que permanezcan únicamente las que sean estrictamente necesarias.

Presupuestación

El programa presupuesto deberá ser integrado por la SSA, en base a los presupuestos específicos propuestos por cada institución, atendiendo a coberturas poblacionales, objetivos y metas, en donde la SSA debe:

- Ejercer el control del presupuesto con facultad para realizar auditorías contables y administrativas a las instituciones.
- Realizar la evaluación del ejercicio del presupuesto para determinar la congruencia de los objetivos y metas planteados en el presupuesto original.
- Aplicar medidas correctivas cuando se detecten desviaciones en el uso de los recursos.
- Por otra parte, el Poder Legislativo deberá ejercer con mayor eficacia las atribuciones que por ley le corresponden en relación al control del gasto del Gobierno Federal, en este caso el de Salud, que sería a través del análisis pormenorizado de la cuenta de la Hacienda Pública Federal y en su caso efectuando auditorías contables a las dependencias para verificar su ejercicio.

Financiamiento

Dentro del esquema de financiamiento existente a nivel de la Administración Pública Federal para financiar los servicios de Salud, se deberán establecer mecanismos idóneos para garantizar el máximo aprovechamiento de los recursos existentes provenientes tanto de fuentes internas como externas.

En las fuentes internas se deben seguir aprovechando las formas actuales de financiación a través de aportaciones de los trabajadores y patrones y sobre todo, debe recuperarse la capacidad de financiamiento proveniente del Estado.

Recursos

Una vez que los recursos físicos y humanos de los servicios de otras instituciones que se fusionen a la SSA, IMSS e ISSSTE se hayan reordenado, debe propiciarse su óptima utilización y en segunda instancia deberá procurarse la recuperación de los indicadores de recursos - Médico por 1000 habitantes, enfermera por 500 habitantes, cama por 1000 habitantes, etc.- al nivel que recomienda la OMS, en virtud de que durante el sexenio Delamadridista se vieron afectados, sobre todo los correspondientes a la Seguridad Social.

Asimismo, deberá procurarse que las instituciones busquen las estrategias necesarias para elevar sus niveles de productividad.

Gasto Programático.

Un cambio cualitativo que habrá de darse en la prestación de los servicios de Salud, será la composición del gasto programático. Se deberá por lo tanto canalizar mayores recursos a los programas de atención primaria, así como a la capacitación de la población, educación para la Salud, e inmunizaciones, como una medida segura para prevenir enfermedades en la población. También deberán reforzarse las acciones de investigación y formación de recursos humanos para la Salud. En general se deberá poner énfasis entre otros, en los siguientes aspectos:

- Instrumentar programas de Salud con matices regionales, dando prioridad a la problemática que afecte a cada región con énfasis en aspectos de sanidad, vivienda, educación, planificación familiar, campañas de inmunización etc.
- Atacar con mayor eficacia los problemas ambientales y de contaminación.

- Intensificar acciones de regulación sanitaria para hacer más eficiente el control de insumos y productos así como de bienes y servicios que atenten contra la Salud.

- Reforzar e intensificar campañas contra el tabaquismo, alcoholismo y la drogadicción.

- Vigilar y hacer cumplir las disposiciones relativas a la Salud laboral sobre todo en las condiciones de higiene en seguridad en el trabajo.

- Para prevenir y evitar muertes maternas:

a) Orientar por todos los medios a las mujeres en edad fértil acerca de los riesgos del embarazo y el parto y de los servicios a los que puede acudir.

b) Aprovechar racionalmente la infraestructura y el equipo médico existente y promover creación de infraestructura adicional.

c) Aprovechar el recurso médico existente y capacitar a nuevos recursos, incluyendo a parteras empíricas a fin de disminuir el riesgo de muertes tanto de la madre como del recién nacido.

- Para hacer frente al problema de la desnutrición:

a) Reforzar acciones de vigilancia nutricional sobre todo a los niños menores de cinco años y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

b) Promover acciones de orientación alimentaria y en su caso apoyar a la población de escasos recursos con ayuda alimentaria directa.

c) Promover la producción de alimentos de autoconsumo y el rescate de los hábitos alimentarios tradicionales.

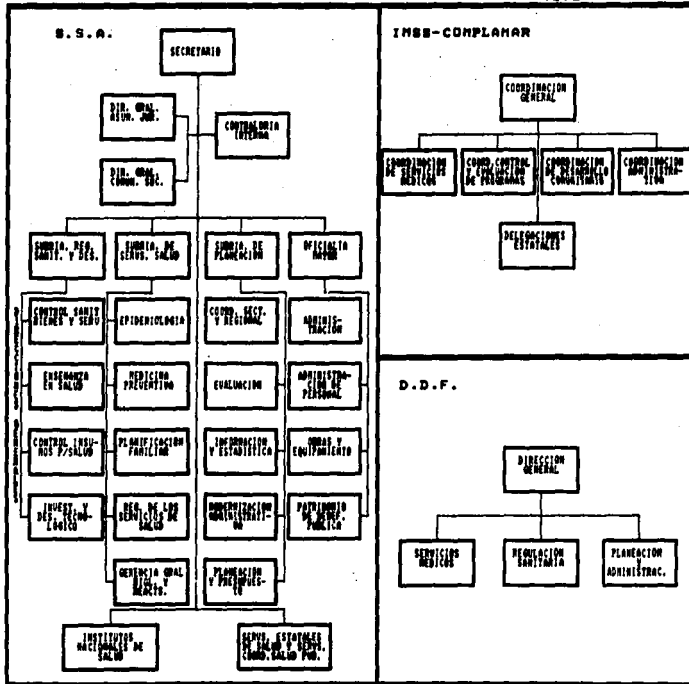
- Para abatir las enfermedades transmisibles en la población infantil es necesario reforzar campañas de vacunación con la periodicidad que se requieran y sin importar el costo de las mismas.

En suma con estas propuestas, se pretende coadyuvar al logro de una mejoría en las condiciones de Salud de la población, mediante el uso racional de los recursos públicos existentes.

CUADROS Y GRAFICAS

ESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SSA, IMSS-COPLAMAR Y DDF 1980

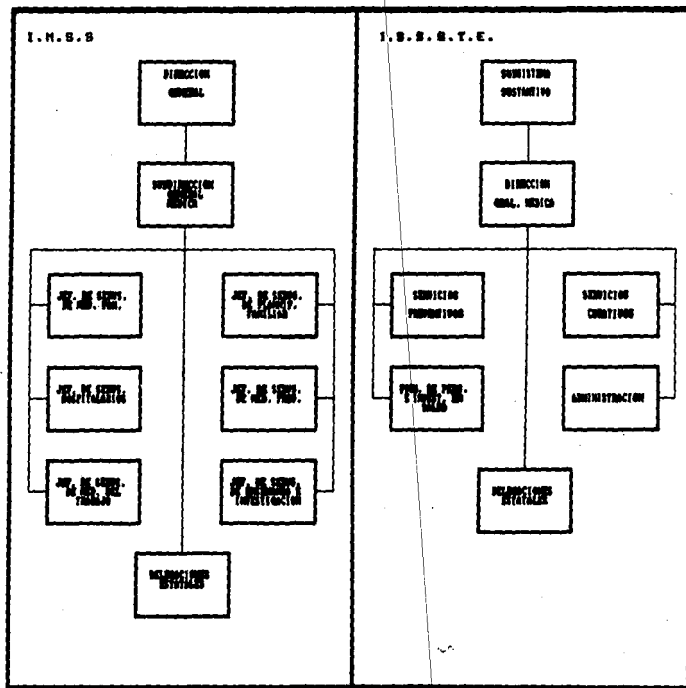
ESQUEMA No. 1



FUENTE: SEXTO INFORME DE GOBIERNO DE RHM, ANEXO SOBRE POLITICA SOCIAL, PAGS. 245 Y 258.

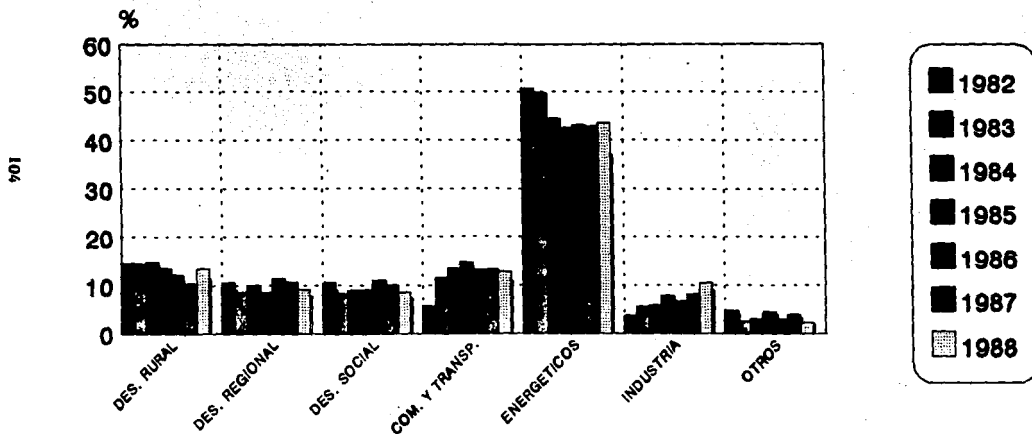
ESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS Y DEL ISSSTE EN 1980

ESQUEMA No. 2



FUENTE: SEXTO INFORME DE GOBIERNO DE MEXICO, ANEXO SOBRE POLITICA SOCIAL
 PAGS. 245 Y 251

**INVERSION PUBLICA FEDERAL SECTORIAL
1982-1988 (ESTRUCTURA PORCENTUAL)
GRAFICA No. 1**



FUENTE: REESTRUCTURACION DE LAS FINANZAS
PUBLICAS (GASTO PUBLICO) CUADERNOS DE
RENOVACION NACIONAL, FCE. 1988 PAG. 68

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PRINCIPALES ORDENAMIENTOS JURIDICOS RELACIONADOS CON LA SALUD

CUADRO No. 1

1 CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (5-11-17)	4° PARRAFO 3°, 73 FRACC. XVI, 123 APARTADO "A" FRACCS. XIV, XV, XXIV Y APARTADO "B" FRACC. XI
2 LEY FEDERAL DEL TRABAJO 1990	43 FRACC. I; 123 FRACC. XVII, XIX, 473 AL 480, 487, 512A, 512B Y 512E.
3 LEY GENERAL DE SALUD	EN SU TOTALIDAD
4 LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL (1988)	29, 30 Y 39
5 LEY DEL IMSS (1985)	3°, 4°, 5°, 11, 12, 13, 63, 86, 82, 85, 97, 99, 102, 108, 109, 119, 120, 129, 137, 240 Y 242
6 LEY DEL ISSSTE (1990)	1°, 2°, 3°, 4°, 23, 30, 31, 39 Y 150
7 ACUERDO POR QUE EL DIF DEBE INTEGRARSE AL SECTOR SALUD (21-XII-82)	EN SU TOTALIDAD
8 CONTRATO COLECTIVO DE PEMEX (MIMOGRAFIADO S/F)	CLAUSULAS 102, 103, 105BIS, 107, 111, 113, 123 Y 124
9 CONVENIO IMSS-COMPLAMAR (25-V-79)	EN SU TOTALIDAD
10 LEY ORGANICA DEL DDF. (29-XII-79, REFORMA 16-XII-83)	21, FRACC. VI
11 REGLAMENTO INTERIOR DEL DDF (26-VIII-85)	22

**GASTO EN DESARROLLO SOCIAL CON RESPECTO AL GASTO PROGRAMABLE
DEL SECTOR PUBLICO FEDERAL Y AL PIB DE 1982 A 1991
MMP**

CUADRO No. 2

1982	894	33.8	9.5
1983	1,190	28.0	6.7
1984	1,974	27.6	6.8
1985	3,291	31.1	7.2
1986	5,271	30.7	6.8
1987	11,996	30.6	6.2
1988	23,727	32.0	6.0
1989	31,408	35.6	6.1
1990	45,538	38.1	7.0
1991	61,989	43.0	7.8

FUENTE: SPP, DIRECCION GENERAL DE POLITICA ECONOMICA, 1991.

LOS PORCENTAJES SE CALCULARON EN BASE A LOS MONTOS DEL
GASTO PROGRAMABLE Y DEL PIB PARA ESOS AÑOS.

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

GASTO PROGRAMABLE DEL SECTOR PUBLICO 1962-1968
RESUMEN SECTORIAL
(ESTRUCTURA PORCENTUAL)

CUADRO No. 3

GASTO SECTORIAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
DESARROLLO RURAL	13.4	9.7	8.5	8.1	8.2	6.4	7.5
DESARROLLO REGIONAL Y ECOLOGIA	0.8	4.0	4.4	6.0	4.6	4.1	4.3
PESCA	1.7	2.0	1.6	1.4	1.8	1.8	1.4
DESARROLLO SOCIAL	27.0	23.8	23.3	25.3	26.0	26.5	27.7
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	8.6	8.2	8.3	8.7	8.5	8.8	8.6
ABASTO	7.1	10.0	9.3	6.7	6.1	6.4	5.4
TURISMO	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.5	0.2
ENERGETICO	27.0	26.0	24.6	23.9	25.3	26.0	23.3
INDUSTRIAL	8.1	9.9	13.2	12.5	12.2	13.0	13.0
ADMINISTRACION	6.0	6.2	6.6	7.2	7.0	6.8	6.7

FUENTE: REESTRUCTURACION DE LAS FINANZAS PUBLICAS (GASTO PUBLICO)

CUADERNOS DE RENOVACION NACIONAL, FCE, PAG. 93.

**GASTO EN SALUD Y SU PARTICIPACION CON RESPECTO A LOS GASTOS
EN DESARROLLO SOCIAL, PROGRAMABLE DEL SECTOR
PUBLICO FEDERAL Y AL PIB, DE 1982-1990**

MMP*

CUADRO No. 4

1982	218	24.4	8.2	2.3
1983	317	26.6	7.5	1.8
1984	511	25.9	7.1	1.8
1985	830	25.2	7.8	1.8
1986	1,417	26.9	8.2	1.8
1987	4,070	33.9	10.4	2.1
1988	8,096	32.5	10.9	2.0
1989	9,535	30.4	10.8	1.9
1990	15,823	34.2	13.2	2.4

FUENTE: BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA Nos. 8, 9 Y 10
DE SALUD SPP. DIRECCION GENERAL DE POLITICA
ECONOMICA Y SOCIAL 1991

* MILES DE MILLONES DE PESOS.

GASTO EN SALUD A PRECIOS CONSTANTES DE 1982 A 1990
MMIP *

CUADRO No. 8

1982	61.1	0.0	13.9	0.0	4.9	0.0	90.5	0.0	21.8	0.0	5.3	0.0	27.1	0.0	107.9	0.0
1983	49.2	(20.0)	12.8	(7.9)	3.8	(22.4)	62.6	(22.4)	15.7	(28.0)	3.9	(26.4)	19.6	(27.7)	82.1	(23.7)
1984	48.4	(1.6)	9.3	(27.0)	3.7	(2.8)	61.4	(1.8)	18.8	7.0	5.0	28.0	21.9	11.5	83.2	1.3
1985	45.8	(5.8)	10.9	17.0	3.7	0.0	60.2	(1.9)	17.6	8.0	6.7	13.5	23.3	7.0	83.5	0.4
1986	47.5	4.3	10.4	(4.6)	3.7	0.0	61.6	2.4	18.4	7.8	4.5	(21.0)	22.9	(1.7)	84.5	1.2
1987	51.5	8.5	10.8	4.0	4.5	21.5	66.8	8.5	18.4	0.0	4.4	(2.2)	22.6	(0.4)	89.6	6.0
1988	60.8	17.5	10.2	(5.5)	4.6	2.2	75.8	13.4	18.3	(18.5)	5.2	18.0	23.5	3.0	99.1	10.8
1989	57.6	5.1	12.6	4.0	4.6	0.0	75.0	(0.8)	14.0	(23.8)	4.5	13.5	18.5	(21.3)	93.5	(5.8)
1990	84.9	47.5	9.5	25.0	6.1	33.0	100.0	33.0	19.7	41.0	7.4	50.0	27.1	46.3	127.1	36.0

FUENTE: CUADRO No. 7. LOS PRECIOS CONSTANTES SE CALCULARON UTILIZANDO LOS INDICES DE PRECIOS

DETERMINADOS POR EL BANCO DE MEXICO 1980=100

A) INCLUYE A PEMEX, SON, BM.

B) INCLUYE IMSS-COPLAMAR, DOF Y DF.

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD POR INSTITUCION EN 1988
MMP*

CUADRO No.8

IMSS	4,978	81	61.2
ISSSTE	821	13	10.1
OTROS a)	377	6	4.7
SEGURIDAD SOCIAL	6,178	100	76.0
SSA	1,497	78	18.6
OTROS b)	429	22	5.4
TOTAL POB. ABIERTA	1,921	100	24.0
TOTAL GASTO DE SALUD	8,097	100	100.0

FUENTE: BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA NOS. 8 Y 10,
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD, RECURSOS Y SERVICIOS,
 1987 Y 1988.

a) INCLUYE GASTO ESTIMADO DE PEMEX, SDN Y SML.

b) INCLUYE EL GASTO DE IMSS-COPLAMAR, DDF Y DIF.

* MILES DE MILLONES DE PESOS.

GASTO EN SALUD DE 1982 A 1990

MMP*

CUADRO No. 7

1982	125.0	28.2	10.0	183.2	44.0	10.6	54.6	217.8
1983	190.1	36.8	14.7	241.6	60.6	15.0	75.6	317.2
1984	297.3	57.2	23.0	377.5	103.0	30.5	133.5	511.0
1985	438.5	104.8	35.3	578.6	189.6	54.8	251.4	830.0
1986	795.7	174.8	63.0	1,033.1	308.8	74.6	383.4	1,416.5
1987	2,360.0	488.3	187.0	3,036.0	846.8	187.4	1,034.0	4,070.0
1988	4,978.2	820.6	377.0	6,176.0	1,497.2	423.0	1,920.0	8,096.0
1989	5,894.2	1,293.8	467.2	7,655.2	1,422.3	458.2	1,880.5	9,535.7
1990	10,559.8	1,125.4	750.5	12,444.7	2,455.5	823.6	3,379.9	15,823.8

FUENTE: INFORMES DE GOBIERNO DE MMH, 1983-1988, ANEXOS SOBRE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

BOLETINES DE INFORMACION ESTADISTICA Nos. 8, 9 Y 10 DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, RECURSOS Y SERVICIOS.

a) INCLUYE EL GASTO ESTIMADO DE PEMEX, SDN, SM.

b) INCLUYE EL GASTO MSS-COPLAMAR, DOF Y DIF.

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

**GASTO CORRIENTE Y GASTO DE INVERSION
EN EL SECTOR SALUD DE 1982 A 1990
MMP***

CUADRO No. 8

1982	141.2	52.2	193.4	18.1	77	5.3	23	23.4	217.8
1983	227.7	75.9	303.6	9.1	67	4.4	33	13.6	317.2
1984	353.6	130.8	484.4	16.9	63	9.7	37	26.6	511.0
1985	561.5	218.4	779.9	40.0	79	19.0	21	50.1	830.0
1986	951.0	369.8	1,320.8	66.7	69	28.9	31	95.7	1,416.5
1987	2,603.2	1,012.3	3,615.5	377.5	83	77.1	17	454.5	4,070.0
1988	5,050.3	1,963.9	7,014.2	940.6	87	141.2	13	1,081.8	8,096.0
1989	6,288.3	2,096.1	8,384.4	951.5	83	169.8	17	1,151.3	9,535.7
1990	11,559.8	1,199.0	13,758.8	1,857.3	90	207.7	10	2,065.0	15,823.8

FUENTE: INFORMES DE GOBIERNO DE MMH, ANEXOS SOBRE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL Y ANEXOS ESTADISTICOS 1983-1988. INFORMES DE GOBIERNO DE CSG, ANEXOS SOBRE POLITICA SOCIAL 1989-1990. BOLETINES DE INFORMACION ESTADISTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, RECURSOS Y SERVICIOS, Nos. 8, 9 Y 10.

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

GASTO DE INVERSION EN EL SECTOR SALUD DE 1982-1988
MMP*

CUADRO No. 8

1982	18.1	5.3	23.4	10.7
1983	9.1	4.5	13.6	4.5
1984	16.7	9.7	26.7	5.2
1985	40.0	19.0	50.0	6.0
1986	66.7	28.9	95.7	6.7
1987	377.5	77.0	454.6	11.1
1988 P)	940.6	141.2	1,081.2	13.3
1989 P)	981.5	169.8	1,151.3	12.0
1990 P)	1,857.3	207.7	2,065.0	13.0

FUENTE: INFORMES DE GOBIERNO DE MMH, ANEXOS SOBRE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL Y ANEXOS ESTADISTICOS 1983-1988. INFORMES DE GOBIERNO DE CSG, 1989, ANEXOS SOBRE POLITICA SOCIAL, CUENTA DE LA HACIENDA PUBLICA FEDERAL 1989 Y 1990.

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

P) PROYECTADO

**RECURSOS FISICOS Y HUMANOS DE LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD
1982-1988**

CUADRO No. 8

MEDICOS	15,918	34,846	8,738	7,385	86,885	23,933	42,337	12,555	11,172	80,091
ENFERMERAS	18,403	46,683	10,068	14,688	89,840	36,182	59,001	15,215	8,856	118,867
UNIDADES MEDICAS	3,470	1,509	1,128	2,718	9,223	6,298	1,538	1,084	2,981	11,849
C. EXTERNA	3,414	1,118	988	2,540	8,088	6,089	1,153	982	2,824	10,045
HOSPITALIZACION	456	393	138	178	1,185	180	385	82	157	804
CAMAS CENSABLES	15,251	29,406	5,477	3,420	53,554	19,722	26,177	9,026	7,501	59,428
CONSULTORIOS	7,620	10,132	2,032	4,016	23,800	13,342	11,194	3,216	3,888	31,618
QUIROFANOS	474	698	136	268	1,574	547	771	159	292	1,738

FUENTE: INFORMES DE GOBIERNO DE MMH, 1983-1988, ANEXOS SOBRE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Y BOLETIN No. 8 DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1988, PAG. 23

* INCLUYE A IMSS-COPLAMAR, PEMEX, DDF, SDN, SM Y DIF.

**NUMERO DE CAMAS DE INSTALACIONES HOSPITALARIAS
PERDIDAS EN EL D.F. A CAUSA DE LOS SISMOS DE SEPTIEMBRE
DE 1985**

CUADRO No. 11

SSA	5,010	1,300	858	2,158	43.1
DDF	1,732	0	0	0	0.0
IMSS	8,326	0	2,600	2,600	31.2
ISSSTE	2,863	431	867	897	30.3
TOTAL	17,931	1,731	3,664	5,625	31.4

FUENTE: CUADERNOS DE RENOVACION NACIONAL, POLITICA SOCIAL FCE,
MEXICO 1986, PAG. 34

PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMA E INSTITUCION QUE PROPORCIONA ATENCION MEDICA

1988

MMP*

CUADRO No. 12

TOTAL	7,718.9	1,727.0	1,497.0	146.9	83.1	5,798.8	4,978.2	820.8	193.0
ATENCION PREVENTIVA	360.2	112.8	88.9	42.0	1.9	242.6	106.1	133.7	4.7
ATENCION CURATIVA	5,003.8	845.4	709.6	55.8	80.0	4,148.5	3,554.4	594.1	9.8
INVESTIGACION	44.9	27.1	29.9	0.0	0.1	12.3	11.6	0.7	5.5
FORMACION Y CAPACITACION									
DE RECURSOS HUMANOS	170.5	64.4	63.4	0.0	1.0	95.8	94.9	0.9	10.3
CAPACITACION DE LA POBLACION	16.4	8.6	0.0	8.6	0.0	2.4	0.0	2.4	5.3
DESARROLLO DE LA									
INFRAESTRUCTURA	226.7	150.3	131.7	18.7	0.0	61.9	0.0	61.9	14.5
ASISTENCIA SOCIAL	298.8	15.4	15.4	0.0	0.0	167.0	167.0	0.0	114.4
PRODUCCION DE BIENES	14.2	13.3	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
REGULACION SANITARIA	14.3	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ADMINISTRACION DE LA SALUD	1,541.8	449.3	441.4	7.9	0.0	1,065.6	1,041.0	24.5	26.6
PLANEACION DE LA SALUD	29.3	26.6	12.1	13.6	0.0	2.4	0.0	2.4	0.9

FUENTE: BOLETIN No. 8, DE INFORMACION ESTADISTICA, RECURSOS Y SERVICIOS,

SISTEMA NACIONAL DE SALUD, MEXICO 1988, PAG. 9

* LAS CIFRAS ESTAN EXPRESADAS EN MILES DE MILLONES DE PESOS.

**INDICADORES DE SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES
QUE PRESTAN SERVICIOS MEDICOS
1982 Y 1988**

CUADRO No. 13

SSA	0.318	0.184	0.310	1.081	0.860	1.076
IMSS	1.300	0.861	1.080	0.742	0.850	0.746
ISSSTE	1.816	1.030	1.080	1.221	1.029	0.816
IMSS-COPLAMAR	N.D.	N.D.	N.D.	0.282	0.010	0.131
DOF	N.D.	N.D.	N.D.	0.863	0.819	1.084
PEMEX	N.D.	N.D.	N.D.	2.259	1.129	1.146
SDN	N.D.	N.D.	N.D.	3.800	4.172	6.199
SM	N.D.	N.D.	N.D.	3.116	1.995	3.515
TOTAL	N.D.	N.D.	N.D.	0.777	0.724	0.718

FUENTE: PRIMER INFORME DE GOBIERNO DE MMH, ANEXO SOBRE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Y BOLETIN No. 8 DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1988.

N.D.= NO DETERMINADO

**SERVICIOS OTORGADOS POR INSTITUCION QUE PRESTAN SERVICIOS MEDICOS
1982-1988**

CUADRO No. 14

CONSULTAS	17,122,284	59,863,947	11,490,867	13,777,537	102,054,617	30,586,526	78,067,805	18,880,057	10,778,468	138,332,954
EGRESOS HOSPITALARIOS	440,324	1,773,616	263,923	286,733	2,784,796	686,807	1,697,612	271,261	347,635	3,003,906
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	180,817	776,678	109,929	115,857	1,183,081	238,642	908,954	144,687	218,283	1,589,598
PARTOS ATENDIDOS	200,000	586,909	76,000	79,097	942,006	311,751	653,012	84,043	106,419	1,157,225
APLICACION DE BIOLOGICOS	7,359,806	29,511,445	1,847,042	1,339,971	40,058,286	320,387,478	21,116,537	4,183,984	6,100,633	63,421,842
USUARIAS ACTIVAS POR METODO PLATICAS DE EDUCACION PARA LA SALUD	839,288	1,741,292	242,121	379,975	3,202,678	1,054,733	3,253,024	434,151	96,785	4,638,693
	547,385	1,591,411	151,279	168,409	2,458,424	1,006,798	2,246,002	1,872,725	306,943	5,525,488

FUENTE: BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA, No. 3, SSA, 1982, PAG. 17 Y BOLETIN No. 8 DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,

1988, PAG. 72.

* INCLUYE IMSS-COPLAMAR, DOF, PEMEX, SDN Y SM.

**PARTICIPACION DEL GASTO EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO
Y EN EL GASTO PROGRAMABLE DEL SECTOR PUBLICO 1991-1993**

CUADRO No. 16

1991	2.7	15.8
1992	3.5	16.2
1993	3.4	15.8

FUENTE: BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA No. 13,
"RECURSOS Y SERVICIOS", SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
1993, PAG. 27.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Libros

1. Crevena Pedro, "Un pueblo sin salud", en seis aspectos del México real, edit. veracruzana 1979.
2. Cuadernos de renovación nacional, VI y XVI, restructuración de las finanzas públicas (gasto público) y política social, F.C.E., México 1988.
3. Faya Viesca Jacinto, "finanzas públicas" edit. Porrúa primera edición, México 1981.
4. Hacia un sistema nacional de salud, UNAM, México, 1984.
5. Informe anual del Banco de México, 1985, 1986 y 1987, Banco de México.
6. López Acuña Daniel, "La salud desigual en México, SXX" 4ta. edic. México 1982.
7. Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000 tomo 4, Coplamar-SXXI, México 1982.
8. Ortiz Quezada Federico, "salud en la pobreza", el proceso salud enfermedad en el tercer mundo, CEETM, de. nueva imagen México 1982.
9. Salubridad General, "colección México a través de los informes presidenciales", Presidencia de la República No. 12, México 1976.
10. Santillán y Rosas Figueroa, "teoría general de las finanzas públicas y el caso de México", mimeografiado, México, s/f.

Revistas

11. Goodnow Frank, Política y Administración, funciones primarias del Estado, revista de administración pública, INAP, julio de 1980.
12. Gaceta universitaria No. 6, UNAM, México, febrero de 1983.
13. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, No. 106, "comunicación y salud", UNAM 1984.

Documentos Reglamentarios

14. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos "Comentada", Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México 1985.
15. De la Madrid Hurtado Miguel, Informes de gobierno, anexos sobre salud y seguridad social 1983-1987 y anexo sobre política social 1988.
16. Glosario de términos administrativos usuales en la coordinación sectorial SSP 1984.
17. Ley Federal de Trabajo, edit. ALCO, 1990.
18. Ley General de Salud, D.O. 7 de febrero de 1984.
19. Ley de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al servicio del Estado, ISSSTE 1988.
20. Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 1987.
21. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal Reformas, D.O. del 29 de diciembre de 1982 y del 30 de diciembre de 1983.

22. **Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal**, edit. Porrúa, México 1985.
23. **Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal D.O.**, 1ro. de enero de 1985.

Cuadernos Técnicos y Boletines

24. **Bases para el programa de reforma administrativa del poder Ejecutivo Federal 1971-1976**. Presidencia de la República, Coordinación General de Estudios Administrativos México, 1977.
25. **Boletín de información estadística**, No. 8, "recursos y servicios" Sistema Nacional de Salud, México 1988.
26. **Boletín No. 1 del Gabinete del Sector Salud**, México, 1979.
27. **Carrillo Castro Alejandro**, "El proceso de la reforma administrativa en el Sector Salud", XI seminario internacional sobre administración de servicios de salud OPS, Yucatán y México 1972.
28. **Cuadernos de la Coordinación General de Servicios de Salud No. 1 y 2** México 1981-1982.
29. **Cuadernos técnicos de planeación**, "Programa Nacional de Salud 1983-1988" Subsecretaría de Planeación SSA, México 1986.
30. **Cuadernos de la SSA No.1 y 5**, "Las reformas jurídicas para el Sistema Nacional de Salud y Mecanismos de Integración sectorial" SSA, 1983.
31. **El nuevo perfil de la economía mexicana**, SHCP, junio de 1991.
32. **Información en presupuesto, captación, análisis y diseminación**, Subsecretaría de Planeación, No. 5, SSP., 1981.

33. **Manual de organización de la Administración Pública Paraestatal, Vol. II. Sector Salubridad y Asistencia Coordinación General de Estudios Administrativos, Presidencia de la República, México 1987.**
34. **Manual de Programación-Presupuestación, Subsecretaría de Planeación, SSA.- 1986.**
35. **Ruiz Massieu Armando, "fortalecimiento de los sistemas locales de salud", "foro de consulta popular", México D.F., 9 de marzo 1989.**

Programas y Encuestas

36. **Programa de Atención a la Población Marginada en grandes urbes, Coordinación General de Planeación, SSA. 1981.**
37. **Programa Nacional de Salud, 1989-1994, SSA. Enero de 1990.**
38. **Programa Nacional de Salud Materno Infantil, 1989-1994, D.G. de Salud Materno Infantil, SSA, 1989.**
39. **Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición, SSA.- SPP México 1987.**

Periódicos

40. **La Jornada, "asamblea nacional de la comisión educativa de la CNC" 15 de noviembre de 1989.**
41. **La Jornada, "exceso de administración y fuga de cerebros", 7 de mayo de 1989.**