

31261



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**"TENDENCIAS ORGANIZACIONALES EN LOS
SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO: UN CASO DE
PLANEACION ESTRATEGICA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN INVESTIGACION
DE SERVICIOS DE SALUD
P R E S E N T A
M. C. LUIS CEDEÑO PAZ**



IZTACALA

MARZO DE 1997

**TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**"TENDENCIAS ORGANIZACIONALES EN LOS
SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO : UN CASO DE
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRO EN INVESTIGACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

P R E S E N T A

M . C . L U I S C E D E Ñ O P A Z

MARZO DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2
29.

*" La realidad se percibe al
contrastarla con la verdad ... "*

L. C. P.

*A QUIENES ME GUIARON POR ESTE CAMINO.
INICIO DICIENDOLES GRACIAS . PUES ES SOLO EL
PRINCIPIO DE LA RUTA QUE ME INVITARON A
SEGUIR.*

*MI COMPROMISO APENAS INICIA Y SERA EN
RECIPROCIDAD A LO QUE RECIBI. COMPARTIENDO.
RECIBIENDO Y DANDO.*

INDICE

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	3
III. JUSTIFICACIÓN	6
A) Magnitud	7
B) Trascendencia	8
C) Vulnerabilidad	8
D) Factibilidad	8
E) Oportunidad	8
F) Repercusión	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	12
VI. HIPÓTESIS DE INVESTIGACION	14
VII. METODOLOGÍA	16
A) Definición del tema	17
B) Esquema de trabajo	18

C) Bibliografía	18
D) Tiempos	18
E) Tipo de Investigación	18
F) Análisis Documental	20
1. Elementos Básicos	20
2. Fases de la Prospectiva	21
VII. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	22
A) Antecedentes de Salud en México	23
B) Población y Salud	31
1. Crecimiento de la Población	31
2. Esperanza de vida	37
3. Epidemiología transicional	42
C) La Salud como un proceso de Planeación	47
1. Naturaleza y Propósito de la Planeación	47
2. Marcos de la Planeación	50
3. Consideraciones de la Planeación en las sociedades	54
4. Antecedentes del Proceso de Planeación en Salud	57

5. Planeación en México	61
6. La Salud como un Proceso de Planeación	63
D) México y su Salud	65
1. Sistema de Salud	67
2. Demanda de Servicios	71
3. Costos Públicos de la atención de la Salud en México	74
4. Costos Privados de la atención de la Salud en México	81
E) Política y salud	89
1. Antecedentes del Sistema Nacional de Salud	89
2. Marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000	94
3. Reformas Actuales al Sistema Nacional de Salud	96
4. Perfil de Salud 1996	96
5. Proceso de Descentralización	98
F) Organización de los Servicios de Salud	100
1. Evolución de las Organizaciones de Salud en el Mundo	100
2. Sistemas de Salud en el Mundo	105

G) La privatización como un fenómeno mundial	119
1. La privatización y los Sistemas Mundiales de Salud	123
H) Organización de la Salud en su marco actual, México	127
I) Comercio Mundial	132
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	134
X. RESULTADOS	140
XI. RECOMENDACIONES	147
XII. CONCLUSIONES	154
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157

I

RESUMEN

CONSIDERANDO LOS MOMENTOS DE CAMBIO QUE OCURREN EN EL MUNDO, MÉXICO COMO MIEMBRO DE LA COMUNIDAD MUNDIAL, VIVE UNA ETAPA DE TRANSICIONES SOCIALES, QUE VARIARÁN SU ESQUEMA EN EL SECTOR SOCIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

EN ESTA BASE, ESTA TESIS UBICA AL TEMA PRINCIPAL EN UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL, PARTIENDO DE CONOCER A MÉXICO EN SUS ANTECEDENTES GENERALES DE SU SALUD, SU POBLACIÓN, EL CRECIMIENTO DE ESTA Y LA EPIDEMIOLOGÍA RESPECTIVA ASÍ COMO EL ESTADO ACTUAL DEL PAÍS EN SU POLÍTICA SU SOCIEDAD Y ECONOMÍA INTERNA Y ANTE LA NUEVA PERSPECTIVA QUE OFRECE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE NORTEAMÉRICA.

SE CONSIDERA A CONTINUACIÓN A LA PLANEACIÓN DESDE SUS CONCEPTOS HASTA SU APLICACIÓN EN SALUD, FORMANDO UN PRÉAMBULO PARA CONOCER AL SISTEMA DE SALUD, SUS DEMANDAS Y COSTOS, CONTINUANDO CON LA RELACIÓN POLÍTICA Y SALUD DESDE SUS ANTECEDENTES HASTA LAS REFORMAS ACTUALES AL SISTEMA.

EL CONTRASTE CON LOS SISTEMAS MUNDIALES SE INICIA LUEGO EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL MUNDIAL SU EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL GENERAL, INTERRELACIONANDO ESTO CON LA PRIVATIZACIÓN Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.

LA INVESTIGACIÓN ARROJÓ EL RESULTADO DE UNA TENDENCIA CADA VEZ MAYOR A LA PRIVATIZACIÓN CON UN DOMINIO DEL CONTROL ESTATAL, ADOPTANDO UN MODELO RECTOR, SIGUIENDO UNA TENDENCIA SIMILAR A LA IMPLANTADA EN VARIAS NACIONES, RECOMENDANDO LA ACTUALIZACIÓN DE SUS POLÍTICAS, OBJETIVOS Y LOGROS PARA UBICAR AL PAÍS DENTRO DE LOS NIVELES ACTUALES DE AVANCE MUNDIALES, ADECUÁNDOLO ACORDE AL MOMENTO EVOLUTIVO POBLACIONAL Y SOCIAL, RECONOCIENDO QUE EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN ES UNA NECESIDAD MÁS QUE UNA MODA EN BENEFICIO DE LA ECONOMÍA, LA ESTABILIDAD POLÍTICA DE CADA NACIÓN Y EL DESARROLLO SOCIAL.

II

INTRODUCCION

El presente trabajo está dirigido a efectuar un análisis de las diversas causas que implicarán una variación en los objetivos y acciones del sector salud hacia los siguientes años, considerando varios puntos de vista que abarcan lo social, lo político y lo económico sin perder de vista su repercusión en el área de la salud con el enfoque adecuado para su interpretación que pretende integrar todos los conceptos traducidos en las tendencias a seguir.

La Salud es un proceso dinámico y cambiante que afecta a toda la sociedad actual, en su modo de actuar y de sentir, pues históricamente la Salud es un bien que no ha se ha alcanzado a valorar en toda su magnitud y trascendencia que guarda en relación a la vida y al beneficio que aporta a la misma.

El siglo XX se ha caracterizado por ser el de mayor número de adelantos y descubrimientos, todos con un provecho general dentro de un lapso muy corto respecto de la historia de la humanidad. Actualmente es posible prolongar la esperanza de vida y crear un estado de bienestar que hace apenas dos generaciones no era posible; la enfermedad ahora es diferente pues no afecta sólo al individuo sino a la sociedad que apoya al enfermo en su curación a través de diversas vías de atención, que implican una relación económica por el costo que significa este acto; asimismo, por el crecimiento constante de la población las necesidades en Salud se han duplicado y en ocasiones triplicado, teniendo una mayor demanda de servicios y en consecuencia de costos, obligando a los sistemas gubernamentales a la creación de nuevas fuentes de financiamiento para la Salud; esto, aunado a los cambios mundiales que implican una mayor capacidad económica de las naciones, obliga a que las fuentes de ingresos sean creadas a través del comercio mundial, estableciendo pactos, tratados y convenios comerciales para conseguir ventajas mutuas entre países a razón de la obtención de un favorecimiento por los insumos monetarios recibidos.

Todo este proceso expresa un cambio con efectos, en el orden político, económico y social que forzosamente tendrá sus repercusiones en muchos de los aspectos de la vida en México, creando como en todo cambio, una resistencia inicial a la variación de sus estilo de vida, pensamiento e ideología que tradicionalmente ha permanecido en un estado de aceptación que por razón del cambio se modificará obligatoriamente.

El siguiente siglo no significa, como se había profetizado una ultramodernización inmediata de los sistemas de vida y del orden social (1), sino un cambio transicional hacia el nuevo milenio, considerando una base de lo hasta ahora aprendido para mejorarlo y de lo que queda por venir para asimilarlo, en otras palabras significa que los cambios son las variaciones en la velocidad del desarrollo de las naciones y que éstas deben estar listas para adaptarse a ellos.

Las reformas en Salud serán, como siempre ha sido, necesarias en vista de las tendencias existentes y el sistema de Salud Mexicano no será la excepción, los cambios que se mencionan aquí no pretenden definir en el mínimo detalle las variaciones que vendrán, pero sí señalar las variaciones macroorganizaciones y de las tendencias que serán factibles en los próximos años como resultado del proceso global de modernización.

III

JUSTIFICACION

La realización del presente estudio se establece en la razón de marcar la variación en la estructuración y concesión del servicio a la Salud que se dará en México, motivado por el cambio en la conceptualización de los servicios que como obligación estatal, la sociedad esta en razón de recibir y que la más importante de las razones, la económica, ha obligado a cambiar esta actitud de estado benefactor y adoptar una posición diferente, que acorde a lo que se ha señalado hasta aquí varia, dependiendo de las necesidades nacionales y de la idiosincrasia poblacional.

El delimitar el posible rumbo por el que los Servicios de Salud tengan posibilidades de dirigirse, servirá para determinar los cambios de organización de la atención y de la estructura administrativa y marcará la posible consecuencia de la favorable resolución de la deficiente equidad y calidad de la atención existente en la actualidad, resultando entonces quizá adecuado el cambio, sus consecuencias y afectaciones, considerando los resultados que se pudieran esperar, además de los efectos que surgieran en adelante, tomando en cuenta las variaciones existentes de orden político y económico, tanto nacionales como mundiales, que en forma directa e indirecta afectan a la población, objeto de estudio, atención y fin principal de los Servicios de Salud en el mundo.

A) MAGNITUD

Se ha señalado que la salud es la base del desarrollo, pero se aprecia que esto ocurre a la inversa, pues sin un desarrollo adecuado no puede haber una base firme para que existan las condiciones que sean favorables para la Salud por lo que se puede expresar que si se encuentra una nación con desarrollo habrá Salud, lo contrario es el resultado vivido en el país; en consecuencia, la necesidad de desarrollo económico y social es fundamental, prioritaria ante todo para la obtención de factores de bienestar, por lo que la magnitud de esta tesis es de una dimensión tan solo comparable a las perspectivas expresadas del desarrollo socioeconómico nacional.

B) TRASCENDENCIA

El presente estudio pretende establecer las tendencias a seguir en los Servicios de Salud, mismas que variarán la conceptualización de la Salud como un derecho; sentando con los hechos a demostrar, que la Salud en la forma a entender deberá ser considerada más bien como una obligación del individuo para su bienestar general y en obvio beneficio propio para una seguridad integral, acorde al nuevo orden que se presente hacia los próximos años y ante el nuevo milenio.

C) VULNERABILIDAD

Este hecho se puede apreciar por las variaciones que pudieran ocurrir en los próximos años, que como se ha expresado ocurren en los ámbitos políticos, económicos y sociales, unos como resultados de otros, sometándose el presente documento a los cambios que ocurrirán, radicando su fortaleza en la base trazada por el análisis y la recopilación efectuada.

D) FACTIBILIDAD

Este estudio es una muestra de lo que ocurrirá como resultado de las corrientes mundiales de comportamiento y organización de los Servicios de Salud, demostrando en el análisis efectuado, la realidad de los hechos y cómo es posible que lleguen a concretarse en los cambios anotados, fundamentándose en acciones concretas.

E) OPORTUNIDAD

La pertinencia en la realización de este análisis está basada en el momento histórico que ocurre en México y el mundo, considerando el momento de transición económica y política que se vive y el final del siglo XX, sucesos que en el concierto mundial, se traducen en justificantes nacionales para el desarrollo conjunto de los bloques económicos y políticos, para una concordancia y armonía mundial,

respondiendo a la modernidad evolutiva normal y la consecuente modernidad acelerada debida en parte al fin del siglo, correspondiendo el momento actual a un proceso de reordenamiento mundial, acorde al potencial desarrollado en el último decenio y que ubica a cada país en el nivel ganado.

F) REPERCUSIÓN

Considerando la trascendencia señalada, los efectos que surjan a partir de los hechos que aquí se marcan, afectarán a la sociedad misma que tendrá forzosamente que variar su pensamiento e idiosincrasia adoptando una nueva actitud hacia lo que la población considera obligación gubernamental de otorgar; creando la necesidad individual que será atendida por medios diversos, marcando aquí las innovaciones comerciales, administrativas y gubernamentales que puedan ser creadas para resolver los satisfactores necesarios para conservar la Salud individual y social.

IV

**PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA**

Existen y ocurren cambios constantes en el mundo, debido a las variaciones en los sistemas económicos, políticos y sociales que tienden a cambiar estructuras organizacionales, a veces por adoptar modas e imitar a diferentes naciones por los resultados que éstas tienen, otras veces ocurre como una fase evolutiva normal en vista de las necesidades mundiales, presentando siempre un cambio, no en todas las ocasiones para el beneficio general pero sí para un progreso necesario.

Sobre este precedente es de esperar que el momento de transición política y económica en el que sobrevive el país, repercutirá en varios aspectos, y que éstos en lo referente a la seguridad social significarán una variación quizá radical del modo de recibirlos y obtenerlos, implicando la adopción de un nuevo modelo en la atención a la Salud , por lo que se plantea la interrogante :

**¿ CUALES SERAN LAS TENDENCIAS DE
LOS CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE
SALUD EN MEXICO EN LOS PROXIMOS
AÑOS ?**

V

OBJETIVOS

IDENTIFICAR LAS TENDENCIAS DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL , DEL SISTEMA DE SALUD EN BASE A LOS CAMBIOS ECONOMICOS, SOCIALES Y POLITICOS QUE OCURREN EN MEXICO.

DETERMINAR SI LAS BASES DE PLANEACION ESTRATEGICA HAN SIDO EL SUSTENTO PARA LA ESTRUCTURACION ACTUAL Y FUTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PAIS.

VI

**HIPOTESIS
DE
INVESTIGACIÓN**

LA TENDENCIA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO EN BASE A SU PLANEACION Y AL MOMENTO ACTUAL SERA HACIA LA ADOPCION DE UN ESQUEMA DE PRIVATIZACION TOTAL

LA TENDENCIA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO EN BASE A SU PLANEACION Y AL MOMENTO ACTUAL SERA HACIA LA ADOPCION DEL MODELO DEL ESTADO COMO REGIDOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

LA TENDENCIA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO EN BASE A SU PLANEACION Y AL MOMENTO ACTUAL SERA HACIA LA CONTINUIDAD DEL MODELO EXISTENTE

VII

METODOLOGIA

La Metodología desarrollada en la presente Tesis, sigue el esquema propuesto por la Investigación Documental por tratarse de un tema referente a las Ciencias Sociales, mismas que no persiguen demostrar cuantitativamente los hechos y si ofrecer explicaciones cualitativas sustentadas en los hallazgos de Investigación que aportan explicaciones al comportamiento de las sociedades.

La Investigación Documental se basa en la revisión de textos y bibliografía por haber realizado el análisis de múltiples citas en libros, revistas y publicaciones varias, videográficas y audiográficas por haber realizado la revisión de grabaciones que ratifican los datos obtenidos o bien ofreciendo alternativas nuevas.

PROCEDIMIENTO

Los pasos que se llevaron a cabo fueron :

A) DEFINICIÓN DEL TEMA

Significó la elección de un punto a desarrollar, que implicó la evaluación de varios objetos de estudio de los Servicios de Salud, en consecuencia, el tema seleccionado consideró que los estudios de perspectiva y organización, son escasos en la literatura especializada, así también se tomó en cuenta el momento de cambio que ocurre en el país, logrando establecer una referencia clara del objetivo a lograr.

B) ESQUEMA DE TRABAJO

Con base a la bibliografía consultada (2,3) se tomó el Modelo de Hubbel que recomienda una separación de la información o desglose, considerando respectivamente las causas, el desarrollo, los resultados y las conclusiones. Adoptando el esquema señalado se integró entonces el orden de la información de forma convencional, luego el orden de presentación o índice, con sus respectivas modificaciones pertinentes para este caso particular.

C) BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía se señala en cada parte de la tesis de la manera más exacta posible utilizando el sistema de referencias numéricas (4) de libros, revistas, artículos aún en mimeógrafo y de próxima aparición para textos y revistas, eligiéndose los escritos más actualizados, preferentemente de 1993 a la fecha sin despreciar ejemplares más antiguos, muy útiles en la revisión de conceptos ya establecidos, realizando de esta forma un análisis informativo de las fuentes consultadas, justificando las tendencias que en apariencia se presentan en el sistema de Salud mexicano en su contexto actual.

D) TIEMPOS

La calendarización fue fundamental para la organización de cada tema desarrollado, estableciéndose un lapso semanal para la obtención de información y otro similar para la recopilación de la misma, logrando un avance notable y adecuado al cabo del tercer mes, concluyendo conforme lo indicado en el término del cuarto. Las dificultades mayores consistieron en algunos problemas para conseguir un texto original o el volumen completo en algunos casos, utilizando ese tiempo para continuar con otras partes del estudio.

E) TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Investigación Bibliográfica

En lo referente a esta modalidad se utilizó la fuente directa de búsqueda en bibliotecas, la búsqueda computarizada y el rastreo electrónico de información en sistema como el Medline para la obtención de resúmenes y datos actualizados del tema central. En cada consulta se realizó una ficha bibliográfica o se obtuvo fotocopia de cada texto o artículo consultado, anotando además la fuente de obtención de los mismos.

Investigación Documental Videográfica

Esta fuente se utilizó al consultar discursos, pláticas y conferencias de personalidades importantes en el Sector Salud que en su momento se refirieron al tema de estudio, logrando captar el mensaje con la significación requerida al estudiar el video.

Investigación Documental Audiográfica

Del mismo modo que la videográfica, esta modalidad permitió revisar grabaciones de algunas conferencias y entrevistas para reforzar la confiabilidad de los datos expresados en documentos escritos.

Investigación Documental Hemerográfica

El acudir a los medios de prensa escrita, conlleva el riesgo de la tergiversación de los hechos, procurando, para evitar esto, el corroborar a partir de fuentes directas los datos obtenidos procedimiento que se realizó en cada caso, realizando igualmente la respectiva ficha de consulta para la documentación y referencia respectiva.

Investigación Documental de Archivos

Se realizó este tipo de búsqueda para la comparación de datos de épocas anteriores y recientes, anotando en cada caso la fuente para su referencia.

De esta forma se realizó y organizó esta tesis, acudiendo a fuentes directas de información, confirmando datos para su interpretación y uso, ordenándolos para la realización y expresión de los conceptos aquí vertidos, analizados y expresados.

F) ANALISIS DOCUMENTAL

En base a lo considerado por Masse, referido por Miklos-Tello (5) que la prospectiva “ existe no a partir de un futuro deducible sino de una pluralidad de previsiones posibles...” , se adoptaron los elementos básicos de la prospectiva y sus fases de desarrollo para el estudio de la información dentro de un contexto analítico para los fines de este estudio.

1.ELEMENTOS BASICOS

a) Visión Holística

Significa el enfocar sistemicamente cada elemento que integra al conjunto, en este caso, los factores sociales, políticos y económicos, tanto locales como internacionales, realizando un diagnóstico situacional real.

b) Creatividad

Este segundo elemento implica el concebir algo fuera de lo convencional, tomando la ventaja de partir de cero para formar algo nuevo, con el único fin de mejorar.

c) Participación y cohesión

Estos elementos contemplan la interacción social sobre un hecho que es inminente en este caso, pues la base social de la Salud es fundamental, determinando rumbo y decisiones.

d) Preminencia del proceso sobre el producto

Este elemento destaca la importancia otorgada al darle una validez mayúscula al desarrollo del cambio organizacional que al producto de éste cambio, en este caso particular, la Salud misma.

e)Convergencia-Divergancia

Ambos términos implican la necesidad mutua de contraste, con el fin de enfocar adecuadamente los esfuerzos hacia un fin determinado, abarcando lo máximo posible pero de un modo centrado y organizado, de forma más concreta, conjuntando

las tendencias mencionadas (políticas, sociales...) de forma global y particular, logrando en apariencia un enfoque amplio y completo.

f) Finalidad Constructora

Este elemento conceptualiza las posibilidades y los fines, considerando en sí, el modo de hacerlo y el porqué, con la intención de tomar en cuenta la utilidad del fin buscado, en Salud se puede traducir esto en un cuestionamiento que considere válido o no un cambio en el sistema.

2 .FASES DE LA PROSPECTIVA

La prospectiva en sus normas señala claramente las necesidades que en particular presenta para su aplicación, requiriendo normar, definir, confrontar y determinar.

Cada acción implica una determinada tarea, normar es delimitar el futuro deseable y esperado; confrontar es el contrastar opciones para elegir la mejor posible, la determinación abarca el establecer las estrategias y considerar la factibilidad para estos logros.

De esta forma, al conjuntar los elementos y las fases expuestas, se analizó la información aquí vertida, para demostrar una tendencia en base a la prospectiva actual, teniendo un contraste de acciones planeadas con las realizadas, mostrando un enfoque que muestra la verdadera situación del sistema desde el punto de vista de la perspectiva que brinda las posibilidades evolutivas.

VIII

INVESTIGACION

DOCUMENTAL

A) ANTECEDENTES DE LA SALUD EN MÉXICO

Los procesos históricos reseñan la necesidad de cambios ante las innovaciones que se presentan en el mundo en pro de un beneficio común para todos.

En México se puede apreciar la integración de un sistema de Salud desde la época prehispánica, el modo mágico-religioso de la medicina elemental, que servía para los fines establecidos y mantenía, por lo que se conoce actualmente, una población sana con los medios que tenían a su alcance (6) de tal modo que se puede apreciar la integración de un sistema religioso que atendía las necesidades de la población que veía en las enfermedades a la expresión del mal, castigo de los dioses o brujería, aplicando los remedios naturales para solucionar estas situaciones, teniendo una práctica mágico religiosa para la Salud otorgada a través de sacerdotes, brujos y hechiceros (7).

Durante la colonia, la atención de la Salud estuvo a cargo de organizaciones religiosas, adaptando una estructura organizada conforme al modelo medieval de caridad y atención, surgiendo de la acción religiosa costumbrista de atención y servicio por encomienda eclesíastica y una mínima parte del gobierno imperial.

Hacia el siglo XVI, cabe mencionar la creación del primer hospital de atención a españoles y naturales de estas tierras, creado por el mismo conquistador Hernán Cortés, ahora conocido como Hospital de Jesús, con el nombre original de Hospital de la Concepción de Nuestra Señora (8) así como el de San Lázaro, expresamente creado como leprosoario. La función de esos primeros hospitales fue patrocinada por particulares que brindaban sus recursos para ello, aceptando en una mínima proporción a la asistencia de religiosos católicos que ahí laboraban.

Poco tiempo después de la conquista surgen diferentes centros de atención dirigidos a los menesterosos débiles y enfermos que dejó esta acción armada, haciéndose cargo de ellos personajes como Fray Juan de Zumarraga, Don Vasco de Quiroga y otros más, destacando la labor de ellos y de las ordenes religiosas de los franciscanos, agustinos, dominicos y la orden mexicana de la Caridad, que llevaron a cabo la creación de hospitales y de templos anexos para las funciones de atención a la población indígena principalmente.

Entre todo esto destaca la organización del sistema., contando con un hospital sede o insignia, contando éste con la mayor capacidad económica producto del patrocinio de las donaciones, limosnas y asistencia imperial que permitía ayudar a las subsedes o suscursales, manteniendo una estructuración de asistencia interna con beneficio máximo, desarrollando de esta forma una serie de hospitales que abarcaron la zona centro del país ubicándose en los estados con relacion de la ruta transoceánica golfo- pacífico y que por esta misma razón eran los más poblados.

Hacia el Siglo XVII y XVIII se crean o pasan a formar parte de la corona española algunas instituciones que por la situación económica no pueden seguir con el patrocinio exclusivo del clero, al mismo tiempo la expansión territorial hacia el norte y el sur del territorio crea hoapitales en ls diferentes misiones de paso hacia nuevos lugares de conquista considerando las actuales naciones de Guatemala, Honduras y la parte sur de los Estados Unidos.

Así conforme avanzó la conquista, se introdujeron en el país cambios e innovaciones, organizando paulatinamente las labores políticas, sociales y económicas, no escapando de ello los servicios asistenciales entre ellos los médicos, los cirujanos y los barberos, que junto con la iglesia, determinaron una forma también organizada de atención para los males de la Salud (9), ésta organización, el Protomedicato determinó el tipo de atención a prestar durante toda la Época Colonial, creando el modelo que seguiría el país hasta la etapa de

Independencia, modificándose el mismo en el inicio de las intervenciones, que variaron las necesidades de atención por las guerras ocurridas. A su vez esta organización fue utilizada y mejorada en la Guerra de Reforma, continuando con el mismo esquema hasta finales del siglo pasado, que se iniciaron las mejoras para crear un sistema oficial de atención a la sanidad e higiene de la población y la creación de hospitales modernos. Hacia inicios del presente siglo se conforma el Departamento de Salubridad e Higiene que tiene por motivo principal el control del tránsito en el país de diversas sustancias y objetos que causaban "inconformidades y molestias" a la población y que el entonces nuevo Código Sanitario pretendió controlar (10).

Hacia fines de la tercera década de este siglo se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, (SSA) que conjunta a los dos departamentos creados en el gobierno porfirista y que tenían como fin el dirigir sus acciones hacia la salud y la higiene social, laborando en forma conjunta desde entonces y atendiendo a la población que necesitaba atención médica y asistencial y no reunía los medios para su atención en un medio privado o bien atendiendo necesidades sociales de atención sanitaria elemental, como introducción de agua potable y drenaje o control de regulación de enfermos graves y contagiosos, etcétera

Paulatinamente, se conjuntan las labores de diversas instituciones hospitalarias o de atención a la salud, centralizadas ahora por la SSA, tomando del interior del país los hospitales rurales, convirtiéndolos en estatales para formar un sólo sistema, denominado popularmente de Salubridad.

Poco tiempo despues en la década de los cuarentas, en resultado del gran auge industrial nacional se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dirigido a la clase trabajadora que desde entonces tiene el derecho a recibir atención para su salud, complementando de este modo la labor de la SSA.

Al igual que la clase trabajadora, la burocracia, creció, ameritando su respectiva atención, creando para ello el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los trabajadores del Estado (ISSSTE), logrando junto con el IMSS y la SSA la labor de atención para cada sector de la población, al igual que la SSA, que en la década de los cuarentas y cincuentas empezó a crear u oficializar las funciones de los ahora llamados Institutos de Salud, para la atención de cuestiones especializadas, asimismo el IMSS creó en los cincuentas el primer Centro Médico, en el Hospital de la Raza y en los sesentas el Centro Médico Nacional, con el fin de concentrar a sus recursos de alto nivel en un solo sitio y en la misma década el ISSSTE refuerza su estructura de atención formando una unidad de alto nivel de especialidad, creando estas instituciones una estructuración en conjunto básica para la atención, desarrollando acciones diversas en cada sector correspondiente con el mismo objetivo, creando hospitales, y centros de asistencia, teniendo una constante necesidad de adaptarse al crecimiento económico, poblacional y fabril del país, desde la industrialización de los cincuentas, la modernización de los sesentas, la integración de los setentas y hasta el llamado auge petrolero de los ochentas.

En esta década se crea en base al Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (11), la Ley General de Salud, que define los rubros de los cuales la salud es objeto, y que son la Atención médica, la Salud Pública y la Asistencia Social (12), conformando al mismo tiempo las acciones de las tres grandes instituciones de Salud mencionadas en el Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo el conjuntar los esfuerzos de acción y atención para brindar un nivel mejor de salud para toda la población en forma constante así como mejorar sus condiciones de higiene en su medio y en su vida y proteger en todo lo inherente a la salud individual y poblacional (13).

Este sistema está constituido por las entidades anotadas más los servicios de salud estatales, de las fuerzas armadas, de algunas empresas paraestatales y organismos encargados de la asistencia a la grupos específicos de alto riesgo, teniendo en conjunto a la población general cubierta en su demanda de atención en un porcentaje superior al ochenta por ciento, cifra que no satisface los requerimientos, pero que alcanza a cubrir las necesidades básicas requeridas.

La evolución del sistema de Salud mexicano ha sido como se menciona, en base a un crecimiento, necesidades y circunstancias que lo inducen a adoptar una tendencia para cubrir un requerimiento. Toda esta evolución en vista de un nuevo milenio, obliga a un planteamiento de la circunstancia actual del sistema de Salud en aras del siglo XXI y de las reformas que surjan, considerando las condiciones actuales de la nación en su interior y ante el mundo mostrando una apertura aparente en lo político y lo social y factible en lo comercial, ingresando al país al libre mercado en un momento muy crítico para su propia economía pero favorable a intereses que convinieron desarrollar este cambio en México adoptando un modelo de auge económico que pretendió alistar al país para una bonanza para el crecimiento, similar al grupo de países desarrollados, enfrentando hacia fines de 1993 una crisis política al presentarse el candidato a la presidencia, que se esperaba ejerciera un gran liderazgo. Su campaña fue opacada por el surgimiento de un movimiento de guerrilla interna, hecho que desprestigió al país "líder" latinoamericano de paz y ejemplo de orden, surgiendo este movimiento en la misma fecha de inicio de entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, causando una mayor inquietud política por las movilizaciones militares defensivas y las sociales de apoyo y contrarias tanto al régimen como a la guerrilla misma. La tensión creciente llegó a uno de sus momentos cumbre en el primer trimestre de 1994, al ocurrir el asesinato del candidato presidencial, inquietando más a la sociedad, teniendo las consecuencias de movilizaciones similares y mayores a las ocurridas en el primer mes de ese año. Seis meses después de este incidente y junto a una casi

precipitada campaña de elección de un nuevo candidato, ocurre otro homicidio de un importante líder político nacional, considerándose este como la segunda acción que alteró al país en sus ámbitos más internos, culminando la tercera crisis con una situación económica que causó una devaluación, hecho que no es extraño en este país en donde la economía se rige más por bases y preceptos políticos muy ajenos a la realidad financiera de la nación. Esta devaluación es considerada la más crítica de la historia nacional, puesto que además de hacer perder la credibilidad económica, ocasionó un deterioro de la aceptable imagen con la que se contaba en México perdiéndose la perspectiva de la bonanza para el crecimiento en medio de un caos social, político y económico que a mediados de 1996, empeoró al aparecer otro grupo guerrillero que a diferencia del primero ha resultado más agresivo e irreconciliable, no logrando pactar ni negociar algún acuerdo de paz.

Así el Tratado de Libre Comercio (TLC) Canadá, Estados Unidos y México, es toda una variedad de cambios e comerciales a mediano plazo, sobre todo al considerar la potencialidad económica de los primeros, poseedores de un sistema comercial líder en todo el mundo. En Salud, las condiciones son similares, pues en ambos países la organización de atención, está en niveles superiores a los existentes en México, por la ventaja de contar con mayor cantidad de recursos financieros, superado esto sólo por la organización de atención que el gobierno mexicano controla de una manera central y hasta cierto punto, no obstante su problemática, adecuada.

Los efectos del TLC pueden considerarse directa e indirectamente, ésta última forma depende de las repercusiones benéficas generales que tendrá el tratado sobre el desarrollo económico y social de México. Así conforme mejoren el ingreso, el empleo y acceso a satisfactores, cabrá esperar cambio en los perfiles epidemiológicos e incremento en la demanda de servicios, los

que afectarán la configuración y operación del Sistema Nacional de Salud.

En lo referente a la oferta y la demanda de servicios el TLC podría generar principalmente:

- Un aumento de costos al adoptar el modelo de atención canadiense y/o estadounidense**
- Incremento de niveles de calidad, en vista de una mayor competencia**
- Inequidad similar a la existente en consecuencia de los costos de operación y la capacidad de pago y acceso**
- Mezcla de Servicios Privados y Públicos (14) logrando un aprovechamiento de recursos con niveles redituables.**

Asimismo se debe considerar que existirá un aumento notable en la venta de seguros de gastos médicos en beneficio de la población no asegurada y con posibilidades de pago o en aquella que no obstante contar con Servicios de Salud, preferirá la atención privada a través del seguro (15) a la vez que se incrementará el número de seguros para protección de práctica profesional (16) que será una de las problemáticas que en consecuencia de un intercambio comercial, se recibirán, anotando este punto como otro de tantos que variarán el sistema de atención y en consecuencia la conceptualización que se tenga hasta el momento de la práctica privada de la atención a la Salud.

El ejercicio de atención seguirá regido del mismo modo que hasta el momento, cambiando de una manera gradual, hasta igualar en condiciones de práctica a los profesionales que practiquen en nuestro país y para los nacionales que ejerzan fuera del territorio, requiriéndose también un proceso de certificación o revalidación para el derecho a ejercer las profesiones de la Salud en cualquiera de los tres países,

abriéndose esta opción inclusive al contexto mundial de apertura comercial.

Se puede apreciar que el TLC no significará una alteración radical en el escenario del ejercicio profesional para la Salud en México, sino que en consecuencia de la misma evolución de los servicios, esta se podrá continuar en el futuro, siguiendo los lineamientos marcados en beneficio general, sin que deba perderse de vista los límites de intervención comercial que pueden estar muy relacionados con el control del Sistema de Salud Mexicano, adecuando lo mismo que en el sistema comercial, las condiciones de aplicación de las "innovaciones" en pro de un ejercicio adecuado del Tratado de Libre Comercio.

B) POBLACIÓN Y SALUD.**I. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

El número de habitantes de un país le confiere al mismo ciertas características en su crecimiento y desarrollo, debido a su idiosincracia social. En México al igual que en otros países la conducta de crecimiento poblacional nos muestra el grado de evolución y cultura alcanzado, contando con un conciencia actual de control familiar de la fecundidad (figura 1).

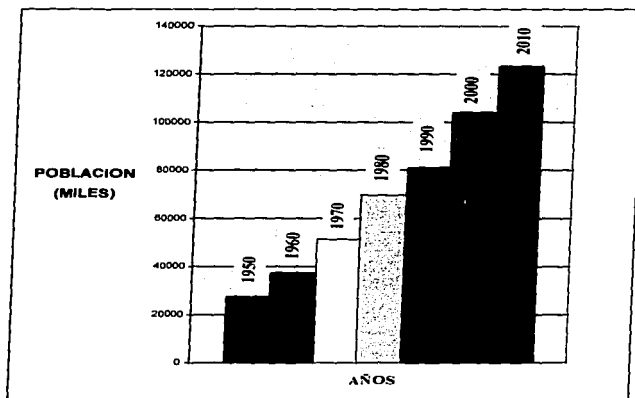


FIGURA 1
TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL.
 REF. FRENK J. LOZANO R. GONZALEZ BLOCK MA ET AL.
ECONOMIA Y SALUD : PROPUESTAS PARA EL AVANCE DEL
SISTEMA DE SALUD EN MEXICO REPORTE FINAL

Contrario a lo señalado por Malthus en su teoría de multiplicación geométrica de la población, la culturización y las políticas poblacionales han determinado el comportamiento y la expansión de habitantes en el orbe (17) hecho que permite con más facilidad el estar relativamente preparados para el aumento de necesidades y lograr atenderlas

Las tasas de fecundidad a lo largo de cuarenta años han venido cambiando, pero a un ritmo muy diferente en todo el mundo, mientras en países desarrollados ha ido del 2.9 al 0.8 , en naciones africanas ha fluctuado apenas de 6 al 6.3 y en América Latina ha declinado del 5.9 al 3.0 y menos, dando un resultado de disminución poblacional total. Aún considerando a China que pasó de 6.1 a 2.5 en 1990 (18). Esto se puede considerar una buena respuesta a los programas mundiales de planificación familiar, permitiendo el alcanzar un mejor nivel general de atención en todos los aspectos vitales...

Hace poco más de medio siglo que México inició su proceso de transición demográfica, ya que para el lustro de 1950-1955, se presentó una tasa global de fecundidad de 6.75 y una esperanza de vida al nacer de 50.8 años, y para el período 1990-1995 la tasa global de fecundidad descendió a 3.1 y la esperanza de vida al nacer aumentó a 70.3 años. Una proyección de estas variables nos permite pronosticar que para los años 2020-2025, habrá una tasa global de fecundidad de 2.03 y una esperanza de vida al nacer de 75.3 años.

En México se orientan las políticas de población hacia la regulación del crecimiento demográfico, considerando a la familia como el núcleo esencial de la sociedad, recomendando métodos de control natal en beneficio familiar y comunitario (19), éstos son los preceptos ideológicos que establecen las políticas de control de la natalidad en México y que lo han llevado a un crecimiento relativamente controlado en beneficio general.

La población en México en la década de los treinta, empezó a incrementarse como resultado de la disminución de la mortalidad general y esta ha disminuido desde entonces, sosteniéndose constante el ritmo de crecimiento de la población, manteniéndose en un promedio por década de 2.85 por ciento desde 1950 hasta 1990, (figura 2) fecha del último censo poblacional (20).

Así entonces, la población hasta 1970 se había duplicado a 48 millones (respecto de 1930) y en 1990 se registraron 81,2 millones de personas, con un crecimiento total de 2.1 por ciento, esperándose que para el año 2010 sea un total de casi 97 millones y para el 2020 más de 120 millones, destacando la importancia del crecimiento poblacional controlado pero constante.

Considérense las metas esperadas por el Consejo Nacional de Población de disminuir la tasa de crecimiento de 2.9 en 1970 a 1.73 para 1995, además de la disminución real de la tasa de fecundidad de 6.8 hijos por mujer a 3.2 hijos en el mismo periodo (21).

En porcentajes implica un aumento de 1.29 millones por año con un total de 38.7 millones más para el año 2020 , 32 por ciento más habitantes de los actuales, considerando que el índice de crecimiento demográfico disminuya del 2.1 al 1.0.

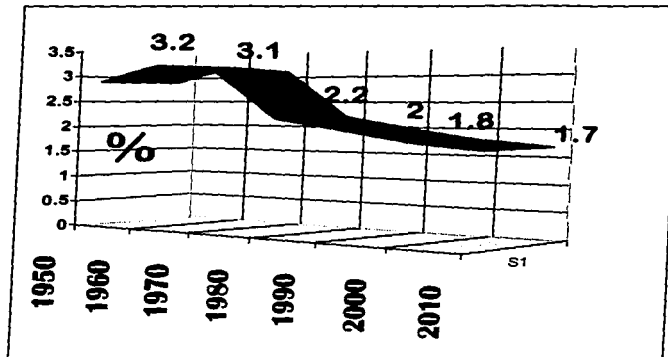


FIGURA 2.
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO ANUAL EN MÉXICO,
SU PROYECCIÓN
REF: INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: UNA
PERSPECTIVA INTERNACIONAL.

Esto también ha causado el fenómeno de envejecimiento poblacional, debido a la disminución de los grupos menores de cinco años y el aumento en los grupos de mayor edad, el cambio en la estructura por edades se incrementará en las próximas décadas, disminuyendo la proporción e incrementando su número absoluto, teniendo un número mayor de personas de más de sesenta años que las actualmente existentes y una reducción en el número de adolescentes, como reflejo del control de población (figura 3).

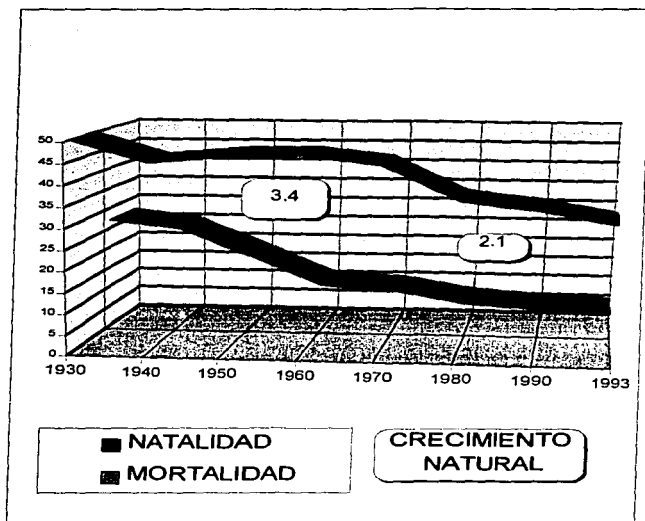


FIGURA 3
MORTALIDAD, NATALIDAD Y CRECIMIENTO EN MEXICO.
REF: INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: UNA
PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Como se puede apreciar la consecuencia será un aumento en la demanda de servicios, así como de una variación en la epidemiología, que será vista más adelante, quedando en consideración el hecho de incremento poblacional y su efecto (figura 4), basado en la confianza de la disminución de la tasa de crecimiento poblacional.

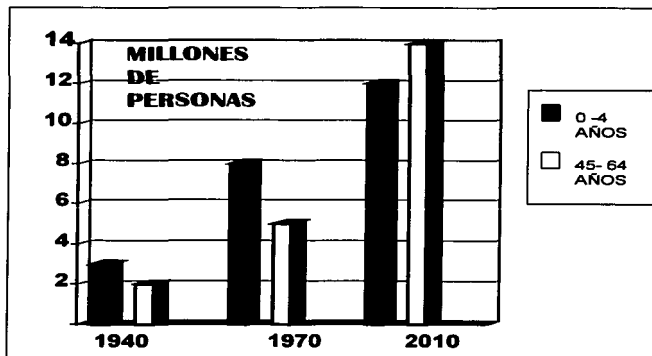


FIGURA 4
TRANSICION DEMOGRAFICA
EJEMPLO EN GRUPOS VULNERABLES.
REF.OP. CIT FRENK J. LOZANO R. ET AL.

2. ESPERANZA DE VIDA

Su significado es la expectativa promedio de longevidad que una nación puede tener en base a las mejores condiciones de vida que se le puede ofrecer a su población al mejorar su infraestructura social y económica fundamentalmente, sin olvidar el aspecto político, que son determinantes para la conjunción de factores que se traducen en un desarrollo.

En base a la epidemiología transicional y la transición demográfica ha ocurrido una disminución en la morbilidad y la natalidad, mejorando considerablemente el nivel de Salud de la población y como consecuencia principal, aumentando, la longevidad promedio en todo el mundo, sobre todo en el último medio siglo.

En México la mortalidad general muestra una tendencia claramente descendente, al tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer. El perfil de la morbilidad y la mortalidad por causas específicas también se ha modificado, aunque la velocidad de cambio varía de una región a otra. En términos generales, el porcentaje de muerte por enfermedades transmisibles se ha reducido radicalmente, en tanto que los años de vida perdidos por defunciones e incapacidad secundarias a padecimientos no transmisibles y lesiones van en aumento. Mientras en 1960 el 15 por ciento de las defunciones se debió a enfermedades gastrointestinales, esta causa disminuyó a 3 por ciento en 1992. En ese mismo periodo, las muertes por enfermedades no transmisibles se incrementaron casi diez veces.

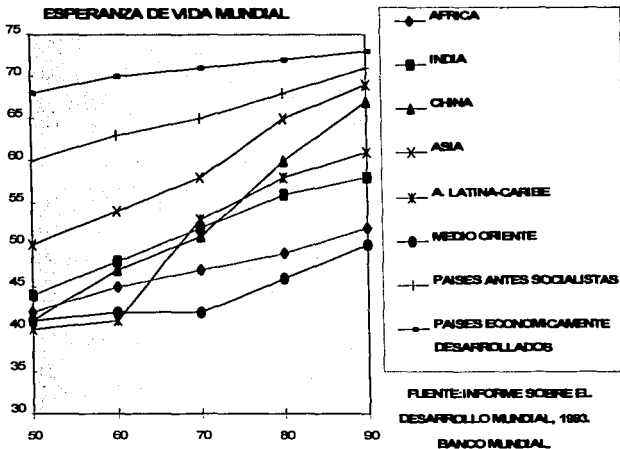
El informe del Banco Mundial, Invertir en Salud, reporta que se ha incrementado el nivel de Esperanza de vida, señalando que ha habido un incremento global de 54 por ciento, considerando el nivel más bajo y el más alto, esto es, tomando en cuenta al conjunto de países que forman el continente africano y a los países con economía de mercado consolidada.

Asimismo el incremento global promedio por regiones considerando desde 1950 a 1990 al África, América Latina y Países Desarrollados es de 30 , 38 , y de 7.5 por ciento respectivamente, denotando un incremento notable por la mejoría de condiciones de vida y un sostenimiento de buenas condiciones en naciones desarrolladas.

Como ejemplo, en las naciones desarrolladas como Inglaterra, Francia, Alemania, Dinamarca y Japón hacia la década de los cincuentas el promedio de esperanza de vida era de 68 años y actualmente es de 73, incrementándose la esperanza en ocho meses cada diez años.

En África, la esperanza de vida era en 1950 de 42 años y en 1990 de 52, incrementándose en dos años y medio cada diez años. En el mismo lapso, en América Latina el incremento fue de 50 a 69 años teniendo un promedio de aumento de la esperanza de cuatro años y nueve meses por cada diez años, constituyendo este incremento el más importante a nivel mundial, quedando a la vanguardia del incremento de esperanza de vida de países de Asia, Medio Oriente y los Países del anterior régimen socialista (22).

En México, al igual que en América Latina la edad promedio de esperanza de vida se incrementó notablemente, pasando de 49.6 años a 70.5 de 1950 a 1993, agregando en promedio 6 meses por año o cinco años y tres meses cada diez años (23), lo que significa una tendencia a alcanzar niveles similares (figuras no 5, 6 y 7) de esperanza de vida a las naciones con economía consolidada según la clasificación del Banco Mundial (24).



**FIGURAS 5,
ESPERANZA DE VIDA EN EL MUNDO**

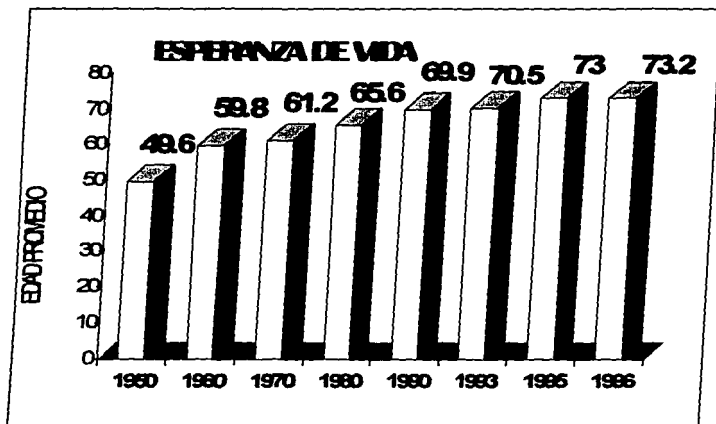
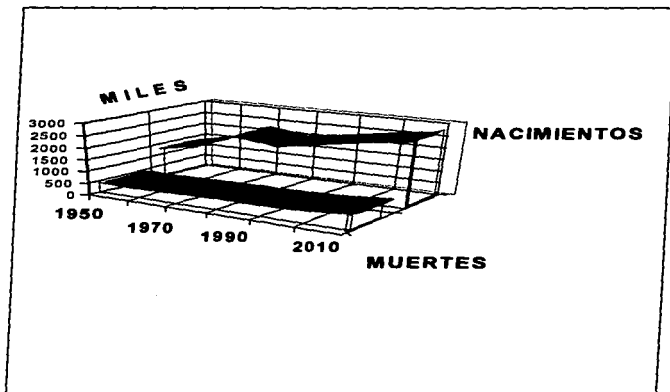


FIGURA 6
ESPERANZA DE VIDA EN MEXICO.
REF: OP CIT FRENK J. GONZALEZ BLOCK MA ET AL .



**FIGURA 7 .
NATALIDAD-MORTALIDAD EN MEXICO
REF. OP CIT INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD...**

En resumen, el incremento en la Esperanza de vida, implica también un incremento en la necesidad de Servicios de Salud, que aunado a los aspectos transicionales referidos, significan una demanda en aumento gradual y paulatino.

3. EPIDEMIOLOGÍA TRANSICIONAL

Los cambios en la distribución y las características de la morbilidad se llevan a cabo en dos etapas, inicia con la transición demográfica que se menciona también en el capítulo anterior y que consiste en la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y en disminución de la fecundidad como efecto indirecto, la segunda etapa es la transición epidemiológica, que consiste en un descenso de las tasas de fecundidad y de defunción diferenciales, la población entonces "envejece" haciéndose más longeva y en consecuencia incrementándose los requerimientos de atención de los grupos de edades mayores.

Entre las teorías contemporáneas sobre el cambio en salud, desde hace más de veinte años se popularizó la denominada de transición epidemiológica, que es derivada de la transición demográfica, que intenta explicar las interacciones entre los cambios demográficos, políticos económicos y sociales, así como el perfil de salud de la población y sus consecuencias en la prestación de servicios de salud. Así pues la teoría ha evolucionado hasta llegar a ser una realidad, que ha demostrado la relación dinámica entre los factores expuestos. En el caso particular de México el cambio es ya visto en los servicios de salud, y la etapa latente de cambio se está percibiendo en la sociedad, constituyendo un serio problema económico que pronto repercutirá y será notable en la sociedad, al apreciar que está afectada de una mezcla de afecciones crónicas no transmisibles en su población adulta, y que su población joven se encuentra afectada de patologías infecciosas que caen en la insolvencia económica por afectar a grupos productivos y consumidores en ambos casos, repercutiendo acorde a los preceptos de economía de la salud, importantemente en el crecimiento económico del país

La consecuencia de esto es el efecto que se ejercerá en la evolución de las características de la Salud en cada nación y en el mundo en los próximos años, tanto en su manejo como en su economía, variando necesariamente el sistema de salud establecido (25).

Esto significa un cambio en el tipo de patologías que afectan a una comunidad, debido al grado de desarrollo acorde a su marco económico, político, social y cultural que influyen en la variación de la mencionada idiosincrasia general.

Es un ejemplo de esto la transculturación que ocurre con las naciones que reciben cadenas de compañías transnacionales, que ofrecen un cambio en el hábito alimenticio, por ejemplo la sustitución de maíz y frijol por carne molida y pan de trigo o el arroz y pescado sustituido por harinas de trigo y quesos, modifican hábitos, e inclusive el proceso digestivo del individuo, creándole un beneficio aparente que posteriormente se torna en daño orgánico. La actividad del individuo influye en su Salud. Esto es el resultado, además de la tensión emocional que le significa vivir en una comunidad creciente, que ahora cuenta con millones y que hasta hace poco eran miles, acelerando su ritmo de trabajo y su metabolismo en consecuencia.

Hasta aquí no se debe perder de vista el antecedente de cambio de hábitos alimentarios más los laborales y se debe agregar otro factor que lo forma la migración de grupos que en busca de remuneración adecuada y sitios de trabajo, cambian sus sitios de origen a uno distinto, quizá radicalmente opuesto a lo que sus hábitos les permiten adaptarse, agregándose a las grandes ciudades, pero en las áreas más marginadas, en donde se constituye el traspaso urbano que es el lugar en que se acumulan los desperdicios, basura, aguas negras y todo aquello que es deshecho de la gran urbe y que los propios habitantes consideran materias inútiles, pues no es propicio para la sociedad y su Salud el tener cerca todo esto. Las condiciones de vida se pueden imaginar o deducir en parte; a

esto se debe agregar nuevamente los factores de nutrición, trabajo y ahora ambiente, que integran una triada que favorecerá la condición para la aparición de enfermedades, desde infecciosas hasta degenerativas que anteriormente no afectaban a esta sociedad.

Considerando ahora los factores expuestos más el aumento en la esperanza de vida, la población queda en riesgo de adquirir enfermedades por estar en el nivel etéreo propicio para la aparición de afecciones varias. Esto en consecuencia origina una "convivencia" de enfermedades, propias de un país en desarrollo como las parasitarias e infecciosas con las propias de un país desarrollado o con economía de mercado consolidada (26) y que ha superado sus problemas de crecimiento básico, como las degenerativas, neoplasias, metabólicas y de violencia extrema, debiendo, ante esta mezcla, atender en una misma unidad hospitalaria problemas de parasitosis intestinal mezclados con algún tipo de hiperlipidemia reflejado en una cardiopatía, obteniendo el resultado de una combinación de necesidades resultantes del mundo civilizado y por civilizar...

En México, las causas de mortalidad en los últimos cuarenta años, se han modificado de una manera importante, debido a los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica, invirtiéndose prácticamente el orden entre las primeras diez causas de mortalidad, pasando las enfermedades diarréicas del primer lugar en 1950 al noveno en 1993 y las cardiopatías del séptimo al primer lugar, tal como aparecen en el último informe (figura 8) de la Secretaría de Salud de Septiembre de 1995 (27)

Asimismo en 1940 las infecciones y parasitosis causaban el 60 por ciento de las defunciones mientras que las enfermedades no transmisibles y las lesiones las causaban en 17 y 5 por ciento respectivamente. En cambio en 1993 las enfermedades no transmisibles fueron causa del 74.5 por ciento de las defunciones y las transmisibles solamente de un 11.3 por ciento, (figura 9).

Toda esta evolución, es producto del proceso de crecimiento demográfico, ocasionando, como se señaló, un mayor número de casos de entidades patológicas crónicas y no transmisibles en la población adulta, así como un notable aumento en las entidades patológicas causadas por la violencia y por accidentes como una consecuencia de la modernización, colocando a la nación en el grupo de países con un aposición intermedia acorde a su desarrollo económico que ha intentado una modernidad sin superar las necesidades básicas y domésticas, necesitando hacer esto de un modo real y efectivo para lograr el crecimiento en hechos más que en decretos que lo sustenten.

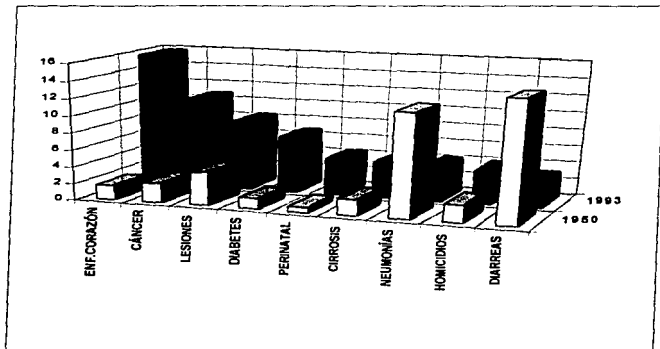


FIGURA 8
TRANSICION EPIDEMIOLOGICA GENERAL EN MEXICO, 1950-1993.
REF: EL PERFIL DE LA SALUD, MEXICO 1995.

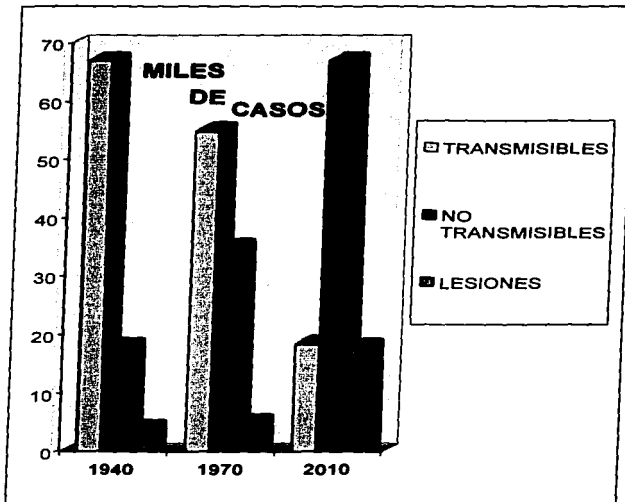


FIGURA 9
TRANSICION EPIDEMIOLOGICA POR GRUPOS.
 REF: OP CIT. FRENK J. LOZANO R,
 GONZALEZ BLOCK MA ET AL.

C) LA SALUD COMO UN PROCESO DE PLANEACIÓN.**I. NATURALEZA Y PROPÓSITO DE LA PLANEACIÓN**

La planeación es una serie de misiones y objetivos, así como las acciones para cumplirlos, requiere de un ciclo de toma de decisiones para la acción, de la planeación se pueden derivar propósitos, metas, objetivos, estrategias, procedimientos, reglas, programas y presupuestos (figura 10).



FIGURA 10
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANEACION
REF. MIKLOS T. TELLO ME. PLANEACION PROSPECTIVA:
UNA ESTRATEGIA PARA EL DISEÑO DEL FUTURO.

La Planeación es la racionalización de establecimiento de objetivos y premisas, es evaluar cursos de acción y alternativas en la base del momento actual y del futuro, posterior a esto es conjuntar los hechos a realizar, con los recursos financieros, integrando la totalidad del ambiente para integrar el todo de la planeación (28).

PRINCIPIOS DE LA PLANEACIÓN

Los principios esenciales, en su propósito, su estructura y su proceso, se pueden definir que obedecen a un orden organizativo para su cumplimiento.

Principios de Propósito

-Contribución a los objetivos

El favorecer los logros de cada objetivo es el propósito de cada plan.

-De objetivos

El establecimiento de estos en una base clara y viable es determinante para un plan o acción

-Supremacía de la Planeación

Es la fase que rige a todas las funciones administrativas

-Eficiencia de los planes

Está dada en base al cumplimiento de objetivos, en base al rendimiento presupuestal y efectos tenidos

Principios de Estructura

Son puntos de vinculación entre fases primarias y secundarias para un cumplimiento y una armonía

-Premisas de Planeación

Estas marcan el rumbo, el ritmo y el fin a alcanzar de un plan

-Estructura de estrategias y políticas

La coherencia de los planes depende de la práctica de este principio

Principios del Proceso

En los siguientes cuatro puntos se resume el desarrollo de la planeación :

-Factor Limitante

Este aspecto centra la tarea a realizar, eliminando posibles obstáculos para el cumplimiento de tareas

-Del compromiso

Delimita la labor a realizar, ubicándola en tiempo y en los hechos a lograr

-De la Flexibilidad

Concede un margen de tolerancia para cumplir, haciendo eficiente al medio pese a las condiciones

-Del cambio de rumbo

Permite corregir desviaciones y aceptar variaciones de algún modo necesarias para llegar al fin buscado.

Al conjuntar estos cuatro principios es posible llegar al cumplimiento, al ordenamiento y al desarrollo armónico acorde a las condiciones de la actividad establecida y planeada, de un modo tal que obedeciendo estos preceptos básicos el proceso es una consecuencia inmediata

2. MARCOS DE LA PLANEACIÓN

La planeación está orientada hacia el futuro)...y este en sí es una paradoja (figura 11). El conocer el futuro es indispensable para sistemas complejos, en donde ocurren variaciones en las condiciones de desempeño por las intervenciones externas y las conductas inesperadas, además su previsión se enfrenta con teorías y métodos que no siempre logran un consenso para su aplicación, en consecuencia, la demanda es mayor que la oferta, basándose la previsión ,ante esta escasa oferta, en los pocos logros demostrados (figuras 12 y 13)

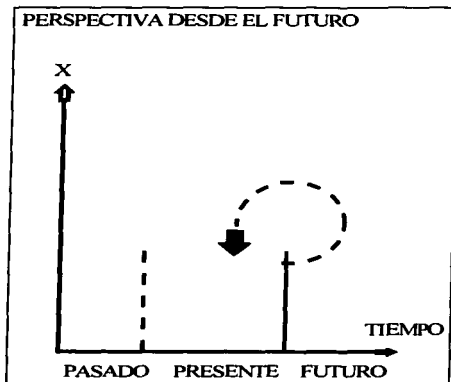


FIGURA 11
PERSPECTIVA DESDE EL FUTURO.
REF: OP CIT. MIKLOS T. TELLO ME

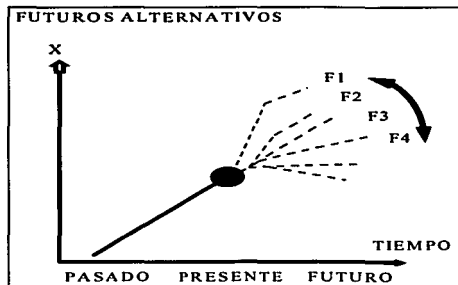


FIGURA 12
FUTUROS ALTERNATIVOS
 REF:OP CIT. MIKLOS T. TELLO ME....

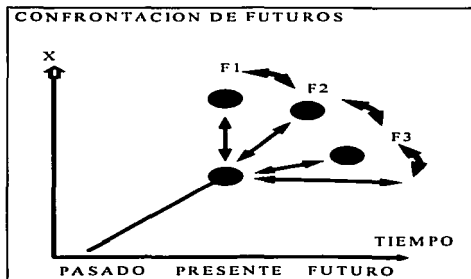


FIGURA 13
CONFRONTACION DE FUTUROS.
 REF:OP CIT MIKLOS T. TELLO ME...

Una de las razones para esta oferta tan escasa es la resistencia al cambio o resiliencia de la estructura social, que no acepta un planteamiento de transformación ante la novedad que le puede causar un beneficio, reaccionando la sociedad en forma de protesta, inconformidad o inquietud manifestadas en formas diversas, impidiendo la exposición de un futuro por la resistencia presentada.

En consecuencia en el sector social, la demanda por las previsiones es significativa por lo que se plantea, no teniendo una base de sustentación para el riesgo de un cambio, debiendo demostrar no de un modo inmediato sino gradual las opciones nuevas para un mejoramiento de condiciones y éstas se logran delimitar al estudiarlas con ayuda de la futurología, que permite ver hacia adelante en el tiempo, acerca de la organización sistemática y organizada del desarrollo humano, complementando esta función con la prospectiva que determina en la base actual de los hechos y actos, la evolución lógica y esperada de éstos.

De este modo el ejercicio de la planeación en la base de la prospectiva y la futurología se establece en las siguientes bases:

Visualización de opciones

-Es la percepción de cambios cualitativos en cuanto a las demandas y necesidades de una sociedad, por ejemplo las transiciones demografía y poblacional que ocurre en México.

Comprensión de la lógica contraintuitiva del crecimiento poblacional

-Impedimento de realizar una labor determinada por la costumbre, en resultado de la inutilidad de la misma por la facilidad de la tecnología existente que rompe las costumbres y facilita las tareas, encogiéndose los márgenes de libertad y de intervención en ciertos actos humanos, por ejemplo la informática, movimientos financieros, seguridad mundial, disponibilidad de alimentos. En este caso particular, es la aceptación de lo moderno, y en México cualquier cosa

extranjera es aceptada, sin importar la posibilidad de ser aplicativa o no, sea un modelo económico, políticoo social, incluyendo a la Salud.

Detección de eventos precursores

-Es la súbita irrupción de actos inesperados, como los golpes de estado, cambio de régimen político, devaluaciones, inflación extrema y otros eventos similares en magnitud que también ocurren en el país y que pueden ser pauta para un cambio, tal como ha ocurridoen México con la irrupción de grupos armados, asesinatos políticos y devaluaciones en tiempos recientes.

De la aplicación de estos criterios o bases, depende el armado de modelos de comportamiento complejo no basados en juicios intuitivos, sino en la observación organizada y detallada, al describir así la realidad, estos modelos pueden esbozar la probabilidad de tornar todo el hecho supuesto en una realidad (29).

3. CONSIDERACIONES DE LA PLANEACIÓN EN LAS SOCIEDADES

El comportamiento humano es impredecible y el de las sociedades lo es aún más, por lo que el intentar determinar cual es el modelo ideal de planeación en Salud sería una ardua labor para considerar la técnica adecuada, sea del tipo formal o informal, pudiéndose centrar en una sola o desarrollar todas con la intención de establecer un modelo perfecto para saber el rumbo del Sistema de Salud (30), señalando en la presente tesis, una proyección del modelo actual del Sistema, con las condiciones reales que se enfrenta (figura 14).

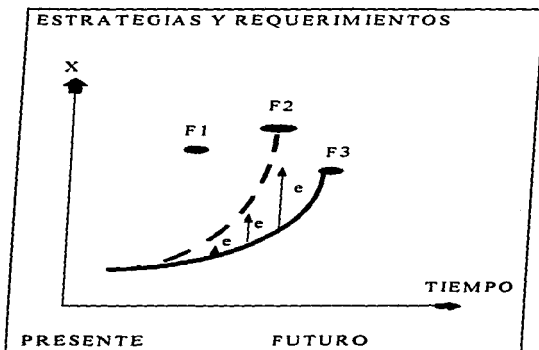


FIGURA 14
ESTRATEGIAS Y REQUERIMIENTOS.
REF:OP. CIT. MIKLOS T. TELLO ME...

En su obra "*Toward a General Theory Planning*", Hasan Ozbekian (31), enlista una serie de situaciones que denomina Problemas Críticos Continuos de la planeación con su factor humano, antecediendo a las observaciones hechas por Barbieri (32), que marca la posibilidad de multiplicación de factores por cada consideración hecha para un grupo humano. A continuación se mencionan, en complemento a lo expresado y en la intención de sentar un precedente a tomar en cuenta para la planeación estratégica.

Problemas Críticos Continuos de la Planeación

1. **Contraste Pobreza Generalizada con Riqueza Minoritaria**
2. **Discriminación contra Minorías**
3. **Práctica Médica Obsoleta**
4. **Atención Médica Insuficiente**
5. **Hambre y Desnutrición**
6. **Vivienda Insuficiente**
7. **Transporte Insuficiente**
8. **Educación Insuficiente**
9. **Desorden Urbano y Suburbano**
10. **Deterioro de Barrios Urbanos**
11. **Contaminación Ambiental**
12. **Inadecuado Control Criminal**
13. **Inadecuada Aplicación de la Ley**
14. **Prácticas Correccionales Obsoletas**
15. **Daño a la Naturaleza**
16. **Falta de Instalaciones Recreativas**
17. **Discriminación étnica**
18. **Dispendio de Recursos Naturales**
19. **Descontrol en Crecimiento Poblacional**
20. **Distribución Poblacional Irregular**
21. **Obsoleto Sistema Mundial de Comercio**
22. **Subempleo**
23. **Descontento Social Creciente**
24. **Militarización Social**
25. **Falta de Participación Social en las Decisiones Públicas**
26. **Concepción Distorsionada del Orden Mundial**
27. **Insuficiente Autoridad de Agencias Mundiales**
28. **Inadecuado entendimiento de los Problemas Críticos Continuos**

Al analizar lo anterior se puede identificar muchas sociedades modernas y antiguas, al fin grupos, que se encuentran con todas las agravantes de la lista, logrando al perfilarias, crear una sólida base para la factibilidad de un fundamento de la necesidad de planeación en una sociedad.

4. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE PLANEACIÓN DE SALUD EN MÉXICO

La planeación es una conjunción de conocimientos sobre el futuro, una decisión anticipada, de racionalidad como nexo lógico entre el conocimiento y la creación, la conveniencia de la decisión elegida y en la acción prevista y la expectativa de alcanzar ciertos resultados en tiempos definidos (33). En consecuencia existen cuatro fundamentos de la planeación, el epistemológico, basado en el principio de racionalidad en sus componentes; el axiológico, implicando valores que orientan los diseños a crear; el teleológico que asigna una tendencia deliberada hacia ciertos fines y el futuroológico que conceptualiza una dimensión anticipatoria (34), así la planeación puede concebirse como un proceso de toma de decisiones anticipado a la razón de obtener un fin.

La planeación puede ser Retrospectiva, definiéndose que parte del supuesto que el futuro es una extrapolación del pasado; Prospectiva, diseña el futuro libremente del presente y del pasado y Circunspectiva, limitándose a un presente como única referencia para ejecutar la previsión. La adopción de cualquiera de estos tipos de planeación va a ser en medida de las circunstancias operativas para la aplicación de los conceptos, debiendo ponderarse y considerarse con el tiempo sus mecanismos y la continuidad de las acciones (35).

En este caso particular, la planeación prospectiva es la que ha servido para los fines del Sistema Nacional de Salud, pues integra una perspectiva holística cuantitativa y cualitativa logrando la completa percepción estructural y dinámica, además de lograr una actitud activa y creativa, anticipándose por otra parte a los deseos y necesidades concretas para su realización, en base a la libertad de métodos que existen para concebir este tipo de planeación.

El enfoque de estrategia se fundamenta en la concreción de acción en un lapso preestablecido para cumplir un objetivo.

En México la Ley de Planeación determina el establecer las normas y principios básicos con los que se llevará a cabo la planeación del desarrollo, las bases de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática (36) y está basada en los principios del fortalecimiento de la soberanía, perfeccionamiento del régimen, igualdad de derechos, fortalecimiento del pacto federal y el municipio libre y el equilibrio de los factores de producción; los propósitos son el normar la planeación, suscitar la coordinación y promover y garantizar la participación de grupos sociales y particulares en el proceso de planeación. Esta ley determina que la planeación nacional es la ordenación sistemática de las acciones para transformar la realidad del país, de conformidad con los fines y objetivos nacionales enmarcados constitucionalmente. Los productos del sistema basados en esta ley, se dividen en planes y programas y estos tienen una subdivisión temporal y operativa, denominándose acorde a las necesidades existentes.

Los compromisos del Sector Salud ante la ley de planeación, son el normar la planeación del sector, la integración del mismo al Sistema Nacional de Planeación Democrática, dar lineamientos para que el sector coordine sus actividades de planeación con las entidades federativas y participación de la comunidad y particulares en la elaboración de acciones hacia el sector (37).

Así la planeación de Salud se puede ubicar en el contexto de la planeación nacional del desarrollo social y comprende, basándose en la Ley General de Planeación, de cuatro fases, la formulación, la instrumentación, control y la evaluación.

El proceso se basa en la realización de un diagnóstico situacional, la consulta popular, la prospectiva para las condiciones esperadas y las políticas establecidas que marcan objetivos y estrategias.

Hecha esta definición, se determinan las condiciones necesarias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, contando así con la capacidad de establecer objetivos intrínsecos, ejecutar estrategias, aprender de experiencias y adaptarse a las condiciones cambiantes. Fundamentando estas acciones que significan llevarlo a cabo por ser condiciones básicas se requiere desarrollar las condiciones de integración en el contexto, es decir una vinculación de la realidad y los problemas de salud; participación, integrando actividades institucionales federales y estatales; coordinación, que es una relación activa para complementar acciones entre componentes del sector y la consolidación que es promover y afianzar los diferentes componentes del sector en una sola acción.

5. PLANEACIÓN EN MÉXICO

En las bases anteriores se ha diseñado el sistema de Salud Mexicano, buscando una tendencia a un seguimiento de las bases de la planeación, adquiriendo las características propias del régimen gubernamental existente, pudiéndose considerar que en México la planeación no es un proceso que se ha dado con la modernidad necesaria similar a la de otros países, pues al igual que en su Población, Política, Economía y Salud, la planeación está en una etapa de transición, que va de un autoritarismo o autocracia a una participación en beneficio social como se mencionó al principio, respetando los convencionalismos y la estructura político social y cultural, persistiendo la autocracia por estas mismas bases. Su planeación está dada en un plazo corto para obtener metas sustentables y sostenidas, este plazo se fija en la duración del periodo gubernamental, tornándose al final de cada periodo una serie de cambios radicales en planes, sus ejecutores y en sus fines, lo que hace de la planeación administrativa una tarea difícil y azarosa .

La planeación en el país es el resultado de la importación de ideas, pues no se ha logrado un modelo o no se ha autorizado alguno que resulte de manufactura nacional, debiendo en todos los casos, adaptar ese modelo a México, no resultando esto por la marcada tendencia a innovar por el sólo hecho de cumplir, sin considerar las consecuencias de atender las supuestas prioridades y posponer las necesidades reales.

La segunda razón por la que no funciona la planeación, obedece a la temporalidad de las administraciones, no logrando establecer el lapso mínimo para implementar un cambio cuando es necesario relevar la administración, no existiendo, en consecuencia , la planeación a largo plazo, pues cada nuevo régimen, estatal, federal o municipal, no tiende a continuar, sino a iniciar un nuevo modo y forma de administración

Cabe mencionar que en cada plan se señalan metas pero no se anotan específicamente los compromisos y los planes para conseguir esas metas, impidiendo una coordinación de planificación.

En el ámbito privado, el proceso de planeación es algo que sólo el directivo o sus gentes de confianza conocen, adoptando una actitud general más reactiva que proactiva, esto es que la estructura orgánica está para solucionar contingencias en vez de preverlas. Desventaja si se compara con otras administraciones sea de un país o de alguna compañía, en donde el plan de desarrollo, estrategias, metas, objetivos y plazos son conocidos por todos los empleados, cumpliendo así con los principios y propósitos de la planeación, compromiso que si es cumplido adecuadamente, reditúa en el éxito empresarial que dentro del país logran como ejemplo, muchas empresas que antagonizan y superan la idiosincracia administrativa costumbrista.

Además de lo escrito anteriormente, destaca el choque que se presenta al enfrentar la modernidad de la planeación estricta, abierta y dirigida al esquema tradicional de planeación que obedece a la idiosincracia propia formada dentro de un sistema que es la causa mayor de incompatibilidad de la planeación en el país, que más responde a las acciones surgidas de intereses creados, económicos y políticos ajenos que a los propios.

6. LA SALUD COMO UN PROCESO DE PLANEACIÓN EN MÉXICO

La atención a la Salud actualmente es parte de un proceso que determina que esta es un beneficio necesario, que está otorgada su obtención como un derecho y que éste se encuentra regido constitucionalmente. (figura 16)

ÁREA EN QUE EL GOBIERNO DE MÉXICO DEBERÍA DE GASTAR MÁS DINERO SEGÚN LA OPINIÓN PÚBLICA

ÁREA	%
SERVICIOS DE SALUD	26
EDUCACIÓN	24
DESEMPLEO	15
CONTROL DE CONTAMINACIÓN	12
VIVIENDA	10
SEGURIDAD PÚBLICA	6
PENSIONES	2
OTRAS	4
TOTAL	100

FUENTE: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, FUNSAUD, 1994.

FIGURA 16 .
SATISFACTORES PUBLICOS.
REF: OP CIT FRENK J. LOZANO R....

Entonces, el proceso de planeación hacia la Salud, tiene los antecedentes de haber sido una sucesión de actos encaminados a la atención de la Salud por medio de diferentes instancias sin una concertación previa que estableciera o delimitara las acciones a seguir.

Estos hechos se fueron presentando desde la creación del Departamento de Salubridad a principios de este siglo, hasta hace poco más de trece años, pasando por la creación de diversas instituciones, de seguridad social, estatal, pública, institutos y gran variedad de organismos que servían para la Salud en formas diversas, pero como se ha comentado, sin una acción conjunta y benéfica general para la creación del Sistema Nacional de Salud. Obedece a este hecho la integración de recursos, coordinación y acciones conjuntas hacia la atención, prevención y mantenimiento de la salud. Este sistema a su vez es resultado del Plan Nacional de Desarrollo, documento que es una obligación presidencial presentar ante el H. Congreso de la Unión al inicio de su período gubernamental y que basado en la Ley de Planeación, obliga a presentar los planes, acciones y estrategias que se seguirán durante el sexenio y una de las áreas a desarrollar es la social, que comprende entre otras la Salud de la población, "La planeación es la selección de misiones y objetivos y las acciones para lograrlos y requiere tomar decisiones y cursos futuros de acción..." (38) lo que significa que esta fase administrativa, integrada al Sistema Nacional de Salud debe elegir las mejores opciones hacia la meta oficial de "Salud para todos" como un objetivo, optimizando recursos y definiendo las acciones a ejecutar.

D) MÉXICO Y SU SALUD

Como parte integrante de una comunidad, México requiere constantemente estar a la par de circunstancias que el resto de las naciones, en su desarrollo global, para mantener la vanguardia y el liderazgo que ha representado en Latinoamérica.

Desde su inicio, el Sistema Nacional de Salud Mexicano, ha permitido que la nación sea un ejemplo a seguir, no obstante las dificultades económicas nacionales, en cuanto a su modelo de atención, pues lo ha colocado en un nivel aceptable de condiciones de Salud dentro de las naciones consideradas en vías de desarrollo (39).

El ubicar a México a las puertas del siglo XXI con la esperanza del compromiso a cumplir en Salud y Bienestar, establecido en Alma Ata en 1978, es convertir este hecho en casi un obligación de colocar al país en la modernidad y actualización de su sistema político, económico y social, en consecuencia es una necesidad el cambiar para mejorar el Sistema de Salud para continuar en la posibilidad de seguir a la vanguardia.

Los cambios serán necesarios en la forma y el fondo, ésto es, en cuanto a la administración y sus objetivos, pues en el Sistema se debe considerar una modernización ya que actualmente se siguen esquemas burocráticos que impiden la libre ejecución de las demandas en vista de las necesidades existentes.

En lo referente a los puntos clave que repercutirán e influirán más en las reformas, se encuentran los aspectos que de forma conjunta abarcarán los ámbitos gubernamentales, financieros y sociológicos que afectarán los cambios a tener en vista de la importancia de éstos sobre la sociedad, más aún en el momento actual de inquietud mundial por el sector social,

es posible darle a estos puntos una mayor influencia sobre el proceso.

“El progreso de una nación reside en su capacidad para adaptarse y anticipar los cambios en su dinámica económica, política y social. Las transiciones demográfica, epidemiológica y de riesgos a la Salud son un reflejo fiel de éstos cambios...” (40), con estos fundamentos ,el Dr. Juan Ramón De la Fuente, Secretario de Salud, inicia un reporte titulado “El Perfil de la Salud en México”, presentado ante el Senado de la República en el mes de Septiembre de 1995, con el cuál señala una serie de mejorías y tendencias evolutivas en el sector, presentando un panorama general de recursos y acciones en los últimos cuarenta años, dejando entrever las necesidades que fundamentarán el cambio organizacional hacia el próximo milenio sentando las bases actuales y considerando los aspectos de Salud en una base Política y Económica.

1. SISTEMA DE SALUD

México cuenta con un Sistema Nacional de Salud que atiende las necesidades del 90 por ciento de la población, esto es, a más de 70 millones de personas divididas entre población abierta, o sea, población que no recibe otra atención médica que la gubernamental, y población derechohabiente, que es un grupo que cuenta con derecho a servicios médicos y asistenciales patrocinados institucionalmente por sus fuentes de trabajo y con apoyo estatal, abarcando, respectivamente, los porcentajes de 59 y 41 por ciento atendiendo así (41) a sectores económicos dentro y fuera de la economía formal que significa el tener o carecer de apoyo financiero para el costo de la atención.

Se enfrenta el sector a cuatro problemas básicos señalados oficialmente :

-Duplicidad de Servicios, en los casos en los que una misma función es atendida por varias instituciones.

-Ausencia de incentivos, que se traduce en una falta de interés para cubrir los programas básicos del sector y en consecuencia para la población.






-Centralización, que implica la toma de decisiones en un organismo rector ajeno a las necesidades reales escapándose a éste el sentido práctico operacional de las acciones.

-Cobertura Insuficiente de la Demanda, hecho que se refleja en el déficit de 12 por ciento de cobertura de la población que queda sin acceso sistemático a los Servicios de Salud (42).

Aunado a ello se debe reconsiderar el problema mundial y común de Insuficiencia Presupuestal tanto por la cantidad de población a cubrir como por el medio que se pretende lograr, a través de instituciones que obstruyen más funciones de las que otorgan.

A partir de estos problemas (figura 17) se puede deducir la insuficiencia en cuanto a la capacidad global para la resolución de situaciones, que de un modo u otro convergen en estos cuatro puntos clave.

**PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA
DE SALUD EN MÉXICO**

-  **DUPLICIDAD**
 -  **AUSENCIA DE INCENTIVOS**
 -  **CENTRALISMO**
 -  **COBERTURA INSUFICIENTE**
 -  **PRESUPUESTO**
-

**FIGURA 17
PROBLEMAS EN EL SISTEMA.
REF: EL PERFIL DE SALUD, MEXICO 1995**

Por otro lado, los índices de mortalidad se han reducido en los últimos diez años, como resultado de los programas que lleva a cabo el sector, teniendo una mortalidad general aproximada a 4.7, mostrando un perfil aceptable en contraste al 5.7 de 1983.

Los aspectos de morbilidad muestran cifras de un estado de control sobre las patologías prevenibles e infecciosas en diferentes grupos de edad, reflejándose esto en la tasa de mortalidad señalada, asimismo, el sistema de información se ha mejorado, reportando oportunamente cada caso nuevo.

La función administrativa dirigida hacia el fomento y control sanitario, ha sido simplificada de tal manera que cada vez se aumenta la función reidora del sector, encaminando sus recursos hacia otras acciones de Salud.

Los recursos humanos del sector se incrementaron en el área de atención médica y disminuyó en los recursos de personal administrativo, como consecuencia de la simplificación organizativa, arrojando cifras reales de 1.46 por ciento más personal médico que en 1994, dando una relación aproximada de un médico por cada 750 habitantes, la disminución de personal administrativo es menor al 1 por ciento, estableciéndose la relación de dos empleados de ésta área por cada médico.

Debe tomarse en cuenta que los Servicios de Salud así como su personal se centralizan en las zonas de mayor concentración urbana y que sólo el Distrito Federal tiene el mayor porcentaje de los recursos materiales y humanos del país para este rubro, mientras que en el interior se distribuye el resto, pero convergiendo también en grandes urbes como Monterrey y Guadalajara, quedando el remanente para otros estados. Considerando esto, la distribución de recursos está constituida, en base al total de población por un hospital por cada 100 mil habitantes, una cama por cada 1100 personas y un consultorio por cada 1900, tomando en cuenta los recursos totales del Sector Salud.

El total de unidades de población abierta triplica la cantidad de unidades de población derecho habiente, por el hecho de la dispersión geográfica de la población abierta en

contraste a la concentración urbana de los derechohabientes (43).

Los servicios privados cubren al 5.3 por ciento de la población, utilizando para ello casi mil ochocientas unidades registradas y empleando personal que, duplicando su labor profesional, labora también en su mayoría en el sector oficial.

Los recursos financieros han sido en promedio de un porcentaje menor al 2 por ciento del presupuesto anual designado por el gobierno, ascendiendo a este año a 7623.0 millones de nuevos pesos, cifra que hasta Diciembre de 1994 se esperaría mayor, pero por la situación imperante del sector económico, disminuyó por razones obvias.

Ante este panorama de la realidad del Sector Salud en cifras, el siguiente aspecto a mencionar es la población que juega un papel determinante en las funciones del Sector.

2. DEMANDA DE SERVICIOS

La demanda de servicios como hasta aquí se ha expuesto, se incrementará de una manera importante por las variaciones de las condiciones de Salud general, que obligarán a estructurar un sistema nuevo y mejorado para enfrentar las necesidades crecientes.

La cobertura de Servicios de Salud abarca como se dijo anteriormente, a la población asegurada o derechohabiente y a la no asegurada o no derechohabiente, refiriéndose a la prestación de la atención, estando conformada la primera por población con servicios privados y población de seguridad social, considerando principalmente al IMSS y al ISSSTE, sin olvidar otras dependencias, teniendo un total aproximado de 44 millones de personas que significan un 47 por ciento de la población contra el 53 por ciento de población no asegurada (49 millones) de las cuales el 20 por ciento es población sin cobertura, esto implica el carecer de acceso fácil a los servicios de alguna institución, significando en términos comparados (figura 18 y 19) al total de población, un 8 por ciento que no tienen cobertura de atención (44) cifra que implica un avance oficial de 4 puntos sobre 1995.

Conjuntando esto con el comportamiento poblacional de crecimiento y la conducta epidemiológica, es posible considerar que la organización actual del sector se deberá reformar en un futuro no lejano con acciones que deben iniciarse ya para poner en marcha esas reformas.

La problemática del Sector expuesta, que es la duplicidad, la ausencia de incentivos, el centralismo y la cobertura insuficiente, deberán resolverse como prioridad inminente para cumplir los preceptos básicos de equidad, cobertura, eficiencia y calidad que el mismo sector se ha asignado para la atención de la población y que en términos legales constituye la base del sistema.

Como en el mismo informe del Sector Salud se refiere, al ampliar la cobertura de los servicios de Seguridad Social, se integrará y descentralizará el control de la atención, obedeciendo entonces a los requerimientos locales, creando incentivos reales para su solución, evitando así la duplicidad y alcanzando la adecuada cobertura local, afirmando esto en la reforma ofrecida en el sector, suceso que por necesidad tendrá que ocurrir en vista de los acontecimientos y necesidades vitales de la Salud en México (figura 19) hacia el siguiente siglo.

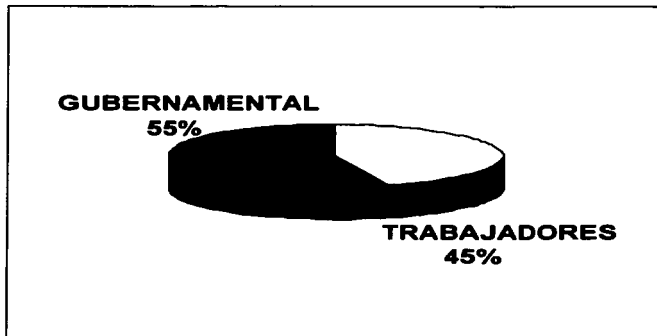
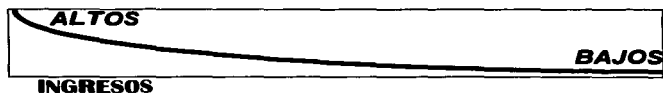


FIGURA 18
PORCENTAJE FINANCIAMIENTO GOBIERNO
TRABAJADORES
REF: OP CIT. INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE
SALUD...



POBLACION ASEGURADA		POBLACION ABIERTA		
SEGUROS MEDICOS	SEGURIDAD SOCIAL IMSS e ISSSTE	SECRETARIA DE SALUD	IMSS SOLIDARIDAD	SIN ACCESO REGULAR A SERVICIOS
1	45	30	10	7.5

POBLACION EN MILLONES

FIGURA 19
INEQUIDAD DE SERVICIOS
REF OP. CIT EL PERFIL DE SALUD, MEXICO 1996

3 . COSTOS PÚBLICOS DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

El aspecto financiero se puede remitir a un estudio minucioso de programas y de sus presupuestos desde diferentes ángulos, formando contrastes hacia la eficiencia o el gasto mal invertido. Evitando lo anterior solamente se presenta el análisis de la utilidad final del presupuesto en Salud, el beneficio hacia el usuario en cifras que muestran el gasto en Salud y el beneficio derivado del insumo monetario.

Como se ha explicado, el Sistema Nacional de Salud Mexicano depende del presupuesto federal asignado por el gobierno federal, asignando una proporción de su presupuesto equivalente aproximado al 3 por ciento del PIB, repartido anualmente conforma al cumplimiento de metas y de programas establecidos, dando continuidad en caso de programas de un mismo periodo gubernamental o creando nuevos o en caso de tratarse de un año correspondiente a un nuevo gobierno federal, no existiendo el antecedente de un seguimiento longitudinal en los planes y programas sino hasta en los últimos dos regimenes, que formaron y continuaron respectivamente al Sistema Nacional de Salud.

En el documento "El Enfoque de la Salud como Sector Social y Económico" editado por la Secretaría de Salud (45), se realizó el análisis de gasto en Salud en donde se puede referir las consideraciones aquí anotadas.

La dependencia del presidencia del presupuesto federal es completa, teniendo el estado una participación global de más de ochenta por ciento en el gasto, el promedio asignado del PIB en la década de los ochenta no superó el tres por ciento, en contraste con otras naciones que asignaron niveles de un cinco hasta un diez por ciento (46), comparativamente el nivel de gasto en Salud en México, equivale en la proporción al presupuesto de una nación antillana, que cuenta con un nivel de Salud inferior al existente en nuestra nación (figuras 20 y 21).

Debe tomarse en cuenta que la devaluación en realidad afectó de forma severa, solo por citar un ejemplo, los 18.57 pesos de 1992, actualmente son menos de la mitad, por los que los 14.31 pesos de 1995, equivalen al 50 o 40 por ciento del poder adquisitivo real.

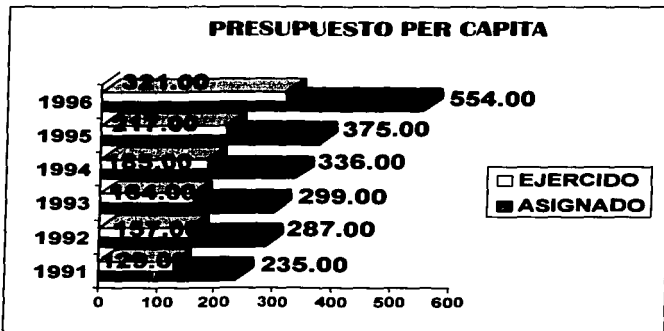


FIGURA 20.
COSTO INDIVIDUAL DE LA SALUD
 REF: PRESUPUESTOS AUTORIZADOS, OFICIALIA MAYOR
 SECRETARIA DE SALUD 1994. Y EL PERFIL DE SALUD,
 MEXICO 1995.

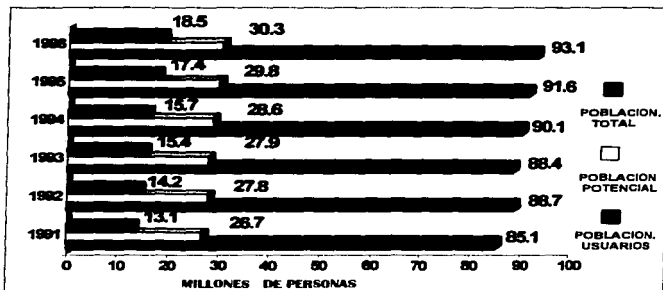


FIGURA 21.
INCREMENTO PRESUPUESTAL EN SALUD
 REF: REF. IBIDEM FIGURA 20, Y
 EL PERFIL DE SALUD , MEXICO 1996.

Para la década de los ochentas se reportó un gasto anual promedio de 4780 millones de viejos pesos con una variación no mayor del uno por ciento anual.

Hacia el periodo siguiente, acorde a datos de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud (47), del año de 1992 a 1994 el gasto se realizó dentro de la estructura innovadora de continuidad de un sistema, asignado para ese año 4092.01 millones de nuevos pesos (MNP), hacia 1993 el gasto ascendió a 4633.0 MNP, en 1994 el presupuesto se acrecentó a 6157.0 MNP, cifras que en apariencia se incrementaron pero que contrastan al analizarlas en forma de gasto per cápita.

Hacia 1995 el presupuesto fue de 7623.0 MNP, apreciándose la tendencia a la disminución (48) del gasto como un reflejo de la crisis económica del país y mostrando la

dificultad en el financiamiento a la salud por las carencias económicas nacionales que han obligado a tomar estas medidas.

De estas cifras se puede también hacer la inferencia de que el gasto en Salud se dirige hacia dos sectores fundamentales que son la población asegurada, o sea aquella que cuenta con beneficio de Servicios de Salud financiados, sea por algún medio de beneficio de trabajo de iniciativa privada o del estado, considerando a parte del sector con acceso al servicio privado; y la población abierta que implica al sector no inscrito a algún régimen de seguridad o que no cuenta con acceso a Servicios y que es una población de la que el estado tiene el compromiso directo de atender (figura 22).

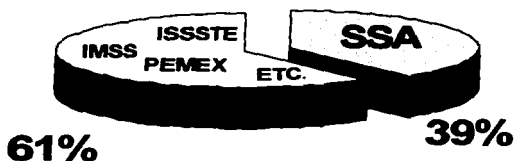


FIGURA 22.
PORCENTAJE DERECHO HABIENTES Y NO DERECHO
HABIENTES.
REF. IBIDEM FIGURA 20.

Acorde al reporte de los anuarios estadísticos de 1991 a 1995 de la SSA (49) se pudo apreciar en la gráfica (figura 20 y 21) que el presupuesto se ha incrementado de una manera notable, hasta llegar a cifras importante en 1996, no debiendo perder de vista que el promedio de PIB asignado a Salud no ha rebasado el 2.7 % en promedio en este periodo (figura 23) , debiendo aumentar por la razón expresada de la depreciación de la moneda nacional, que en 1994 se vió reducido y no ha logrado recuperar su poder adquisitivo.

Por esta razón el presupuesto para la salud compensa este déficit, ofreciendo más recursos , llamémosle en cantidad pero menor en calidad para la utilidad esperada.

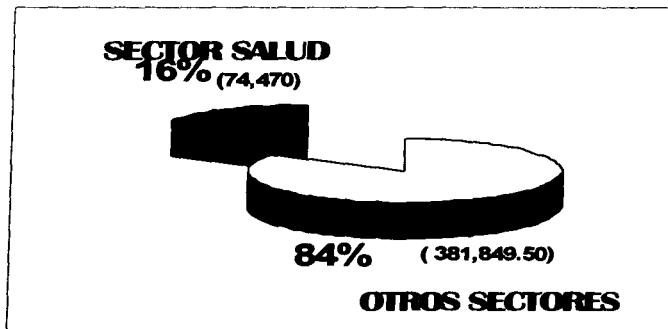


FIGURA 23
COMPARACION PRESUPUESTAL SALUD VS. OTROS
SECTORES 1996
REF: LEY DE INGRESOS DE LA FEDERACION Y RESUPUESTO
DE EGRESOS DE LA FEDERACION PARA 1996. CONGRESO
DE LA UNION, MEXICO 1996.

Considerando lo anterior, el presupuesto per cápita (figura 20) ha aumentado, pero con la misma delimitante expresada, además se debe tomar en cuenta que el gasto asignado es para la población potencial, esto es, el grupo de personas que pueden recurrir a los servicios de salud, y sin embargo sólo es utilizado por la población usuaria que son los que utilizan realmente los servicios.

Este relativo ahorro, podría traer un beneficio de tipo económico, pero no ocurre así pues se utiliza el recurso totalmente. Además, no se puede perder de vista el gasto administrativo que es en promedio el 45 % del recurso, y aunque forma la infraestructura de atención, no brinda una mejor calidad de atención en el sistema, sino sólo en parte.

La perspectiva apunta hacia una deficiencia mayor en recursos económicos (figura 24), pues la población en crecimiento leve pero constante, requiere de más servicios, teniendo la población no derechohabiente un incremento de demanda anual aproximado de casi el 1 %, que en términos reales equivale a más de un millón más de personas, que potencialmente requerirán los servicios, mismos de los que el 20 % que serán usuarios, según estimaciones realizadas por el autor de esta tesis.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

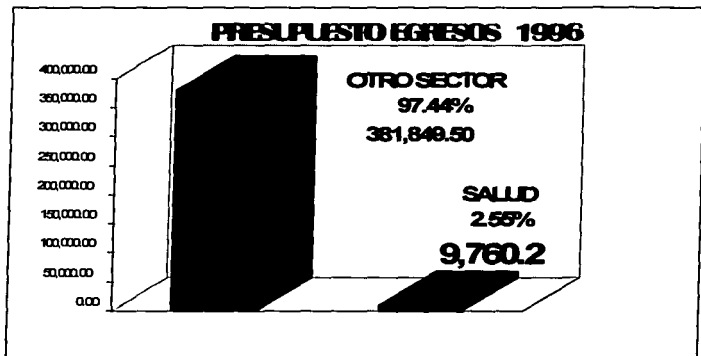


FIGURA 24
COMPARACION PORCENTUAL DE PRESUPUESTO 1996
REF: OFICIALIA MAYOR. DIRECCION GENERAL DE
PROGRAMACION
OPERACION Y PRESUPUESTO. SECRETARIA DE SALUD

4. COSTOS PRIVADOS DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

En México no se tiene un dato exacto del monto que es gastado en la atención para la Salud en el sector privado, pues el ejercicio comercial no se encuentra regido por una dependencia exacta, pues tratándose de comercio la correspondiente secretaría, por obligación constitucional tendría injerencia, pero por ser un aspecto en apariencia no inherente a la misma el asunto de regulación de costos y precios es relegado a la Secretaría de Salud, actuando con limitaciones, pues su capacidad está determinada a los aspectos de la atención de la Salud, quedando sin poder establecer legalmente lo adecuado en costos de atención.

Existe una dependencia federal que se encarga de vigilar que sean respetados los costos al consumidor en todos los aspectos comerciales, y la Salud al privatizarse, es objeto comercial y de lucro, esta dependencia es la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) dependiente de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial que regula todo lo referente al mercado en sus aspectos generales. Esta dependencia, de una forma regular realiza encuestas entre los diferentes giros comerciales nacionales y en los años de 1989 a 1995, la Subprocuraduría de Inspección y Vigilancia de la misma PROFECO realizó estudios variados que establecen un perfil general de costo de la Salud en los aspectos de hospitalización, laboratorio, gabinete y de costos de medicamentos (cuadro 25).

En los aspectos de hospitalización el estudio señala que en este rubro se presentó un incremento de 55 por ciento, pero no obstante al incremento ha habido una disminución en el uso de estos servicios prefiriéndose por no tener un gravamen directo, los de instituciones de Salud oficiales, considerando la mayoría de los usuarios, el tener el derecho a su uso, sea institución de seguridad social, estatal, o de atención a la población abierta, contrastando este hecho con el incremento del gasto en adquisición de seguros médicos de casi 30 por

ciento, pero no obstante el monto, no es aún significativo en el gasto total.

SALARIO MINIMO GENERAL PROMEDIO.

PERIODO	PESOS	VARIACION %
1965	17.8	0
1970	27.93	15.7
1980	140.69	17.5
1990	10,786.68	18
1991	12,084.00	12
1992	12,084.00	0
	NUEVOS PESOS	
1993	13.06	8.0
1994	13.97	7.0
1995	16.74	12.0
1995	20.15	20.0
1996	26.00	29.0

FUENTE: COMISION NACIONAL DE LOS SALARIOS MINIMOS, MEXICO, 1996.

**CUADRO 25.
SALARIOS MÍNIMOS 1965-1996**

Considerando los estratos por salario, se apreció que se gasta más en nivel de alto ingreso que de bajo, prefiriendo éstos últimos la atención pública.

Respecto a los niveles de atención, de 1989 a 1995 se pudo observar que el índice de gasto en la Salud aumentó en 302.9 por ciento y que el nivel general inflacionario fue de 187.5 por ciento, hacia 1994 la atención considerada tuvo una derrama económica de 8.5 miles de nuevos pesos (MNP), que implicó la atención de un miembro por cada familia de 6.3 millones de familias al menos (cuadro 26).

COMPARATIVO INDICE DE PRECIOS CON MEDICAMENTOS
Y SERVICIOS MEDICOS

ACUMULADA ANUAL	INDICE GENERAL	SALUD	MEDICAMENTOS	SERVICIOS MEDICOS
1989	19.7	33.5	13.0	43.6
1990	29.93	36.6	14.1	45.3
1991	18.79	21.2	18.7	22.0
1992	11.94	23.53	18.43	25.04
1993	8.01	11.40	20.05	8.98
1994	7.05	11.72	17.58	9.92
ENE-ABR 1995	20.27	18.57	14.74	19.88
1989-1995	187.59	302.9	193.55	357.09

FUENTE: NOTA EJECUTIVA SOBRE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, 1995, PROFECO.

CUADRO 26
PORCENTAJE COSTOS PARA LA SALUD.

En el rubro de embarazos y su atención, se determinó que el 30 por ciento, se controlan por medios privados, pero sólo el 13 por ciento acude para su término a estos servicios, convirtiendo esto a costos en un gasto del orden de 1.0 MNP (50).

En el estudio hecho en el aspecto de costos de laboratorio y gabinete se limitó al Distrito Federal, por ser la entidad con la mayor concentración de estos servicios y en consecuencia ser una muestra representativa de los mismos,

Se encontró deficiencia en la calidad básica de la realización del trabajo por el costo muy elevado de insumos de importación, prefiriendo utilizar insumos caducados, con la consecuencia de una calidad dudosa en la elaboración.

En cuanto a los costos se pudieron apreciar variaciones importantes e irregulares, pues mientras que el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) de 1990 a Septiembre de 1993, tendió a disminuir. El costo en laboratorios no siguió el mismo patrón, incrementándose en el lapso Enero-Septiembre de 1993 en 1.5 por ciento, mientras que el promedio de INPC era de 0.66 por ciento. La variación se observó sin cambios, pero incrementó hasta en un 16 por ciento de un mes a otro (Septiembre 1992), esto según el mismo estudio, se debió al pacto político de control de precios que la federación estableció y que no convino a los propietarios de éstos establecimientos.

Los resultados, arrojaron observaciones de precios con variaciones de hasta 400 por ciento, dependiendo de factores como el prestigio del laboratorio y la tecnología usada. Se concluyó de la necesidad de control y de precios a través del control sanitario, buscando algún modo para que la propia autoridad de Salud aplique las restricciones necesarias en control de precios y en calidad de procesos (51).

En lo referente a los medicamentos, el informe de la PROFECO (cuadro 27) sobre la comercialización de productos farmacéuticos (52) indica que de 1990 a 1993 el incremento a los precios en medicamentos fue de 68.7 por ciento, superior al INPC que fue de 43.64 por ciento, en 1994 el incremento fue en el INPC de 6.12 por ciento y en medicamentos ascendió a 15.53 por ciento. De estas observaciones se determinó que los medicamentos que mayor incremento presentaron, fueron, respectivamente el grupo de antigripales, analgésicos, vitamínicos y antibióticos.

La participación del costo de medicamentos ha crecido en importancia, participando en la determinación del INPC en una forma más activa. Asimismo, el gasto en medicamentos hecho en los hogares osciló de 0.85 por ciento en 1989 a 0.84 por ciento en 1992, sin considerar que hayan sido prescritos por receta o no, mencionando en las conclusiones que en los últimos años el uso de fármacos sin receta ha aumentado de 20.2 por ciento en 1989 a 31.6 por ciento en 1992, considerando el gasto total en medicamentos (53).

Sin pretender realizar un estudio minucioso del costo de la atención privada en Salud, los aspectos expuestos brindan una idea de lo que implica este tipo de servicio, ameritando como se puede apreciar, un control de las autoridades indicadas y competentes al caso para la adecuada regulación de estos servicios, constituyendo esta serie de estudios una especie de preámbulo y justificación a futuras necesidades del Sistema de Salud Mexicano.

**MEDICAMENTOS, PARTICIPACION EN EL INPC.
1991-1994**

AÑO	%/ INPC
1991	0.714
1992	1.108
1993	1.796
1994	1.821

**INDICE DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS
ENERO-NOVIEMBRE DE 1994**

CONCEPTO	INCREMENTO%
INPC	6.2
MEDICAMENTOS	15.53
ANALGESICOS	16.9
ANTIBIOTICOS	15.45
ANTIGRIPALES	18.97
ANTITUSIGENOS	13.36
ANTIDIARREICOS	10.39
ANTICONCEPTIVOS	13.89
VITAMINAS	16.67

FUENTE: INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR,
BANCO DE MEXICO, 1995.

**CUADRO 27
INDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR Y
MEDICINAS E INCREMENTO EN COSTO DE MEDICAMENTOS.**

E) POLÍTICA Y SALUD

La Salud en México es un compromiso legal y constitucional, establecido en su ley General de Salud y basado en su Constitución Política, por lo que la Salud es considerada como un derecho, y el otorgar los medios y los servicios para la atención es una obligación gubernamental conducente a la estabilidad social.

Este hecho coloca a México entre las sesenta naciones en las cuales, la Salud es un deber y derecho de atención gubernamental (54) que compromete a sus líderes a planear las acciones de política social de una manera cuidadosa en beneficio general por lo que la relación entre la política y la Salud se dan en forma regular y planeada de tal forma que unas ideas conducen a otras, sobre todo en los objetivos establecidos con antelación y en la elaboración de estrategias y tácticas para la atención de problemas esperados o en casos de emergencia en que los núcleos poblacionales ameriten un servicio para solucionar alguna dificultad.

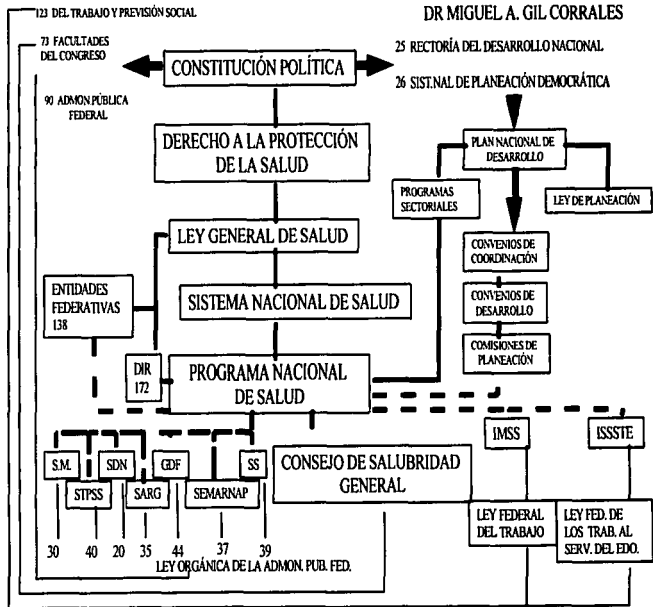
“La Salud no es un medio útil por si mismo, sino un fin a lograr en el desarrollo socioeconómico del país”, así se señala en el Programa Nacional de Salud en 1990 y resume la importancia de la relación Política-Salud y en consecuencia Económica.

El análisis que sigue, aborda los lineamientos principales de los planes de Salud de periodos gubernamentales anteriores, así como el próximo, basado en el Plan Nacional de Desarrollo presentado en el primer semestre de 1995. Asimismo la figura previa expresa gráficamente el contexto legal del Sector Salud (cuadro 28) en la página siguiente.

CONTEXTO LEGAL DEL SECTOR SALUD
 CUADRO 28

SECTOR SALUD

LEGISLACIÓN SANITARIA
 DR MIGUEL A. GIL CORRALES



I. ANTECEDENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los objetivos que se han perseguido en la elaboración de Planes de Desarrollo y Programas Nacionales de Salud son fundamentalmente mejorar el nivel general de Salud de la población y alcanzar la cobertura, la equidad y la calidad adecuada y satisfactoria para todos sus usuarios.

En 1937, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el objetivo de controlar la atención médica y sanitaria, en 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social y en 1957 el Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores al Servicio del Estado, además en años anteriores y posteriores surgen diferentes instituciones de asistencia en Salud en varias dependencias estatales para sus trabajadores y otros organismos como los Institutos Nacionales de Salud con fines de atención médica, así como dependencias estatales dirigidas a la población carente de servicios, por su ubicación o por ser un sector económicamente desprotegido, esto ocurrió a nivel estatal y federal, conformándose un periodo de fortalecimiento institucional por su expansión y consolidación.

El defecto que adolecía este "sistema" es que los esfuerzos no eran sumatorios, sino que cada organismo cumplía su función, pero también a veces duplicaba o antagonizaba inclusive la labor de otras, en vista de que cada una quería ser única en su actividad, requiriéndose un control de estas actividades para el aprovechamiento de recursos.

Este control se inició en 1981 con la creación de la Coordinación de Servicios de Salud dependiente de la oficina de la Presidencia de la República y que se estableció el determinar los elementos jurídicos, normativos, financieros y administrativos a fin de integrar un Sistema de Salud que atendiera la cobertura total de las demandas poblacionales.

Este cambio estructural dio una serie de cambios que sirvieron para la consolidación del Sistema de Salud que existe actualmente y que se establece por vez primera en el Plan Nacional de Salud correspondiente a 1983-1988.

Su contenido elemental se expresa a continuación, mencionando los puntos más destacados:

Enmienda Constitucional que garantizará el derecho a la protección de la Salud, en consecuencia,

Promulgación de la Ley General de Salud con sus componentes relativos y reglamentos.

Emisión de Leyes Locales de Salud a nivel estatal

Creación Legal del Sistema Nacional de Salud, regido por la Secretaría de Salud

Integración al mismo de todas las dependencias que brinden Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social (55).

Las estrategias que se siguieron para la función fueron de tipo macro y micro organizacionales, entre la macro se encuentran las :

Sectorización , que consistió en dividir a las dependencias en sectores de atención a la población y su administración.

Descentralización , que fue el otorgar autonomía relativa a los Servicios de Salud en los estados de la República , facilitándoles su funcionamiento local.

Modernización Administrativa , inherente a su función interna y simplificación en la misma, coordinando acciones par un solo resultado.

Coordinación Intersectorial , aprovechando un recurso en beneficio común al sector, sin duplicar las labores de atención y facilitándose entre sí las funciones.

Participación Comunitaria , fue la última de las estrategias, significando utilizar un recurso en el beneficio propio, pues al conocer sus problemas, conocen las soluciones, recibiendo apoyo y asesoría para aplicarlas.

Las estrategias microorganizacionales, se ubicaron de la siguiente forma:

- Desarrollo de recursos humanos para la Salud.**
- Homologación Salarial**
- Impulso a la Investigación en Salud**
- Financiamiento de Servicios**
- Racionalidad en el manejo de Insumos**
- Mejoramiento de los Sistemas de Información de Salud (56)**

Se puede resumir el programa en fomento de acciones preventivas, reorganización y modernización de los servicios. consolidación del sistema, reorganización de la asistencia social y en la capacitación, formación e investigación de recursos hacia el propio sector (57), se produjo en el país una fase inicial de ordenamiento de recursos y sentó el precedente para el ejercicio de la Salud y se alcanzó una etapa de consolidación y preparación para el futuro de la nación.

Los avances logrados fueron la descentralización de recursos y la relativa coordinación de los sectores, sin perder de vista el importante logro de haber puesto en aplicación la Ley General de Salud. Los problemas principales que permanecieron fueron conformados por la transición demográfica, epidemiológica y la migración hacia núcleos urbanos; la contaminación ambiental; control sanitario irregular; insuficiencia de recursos para asistencia social (58).

Hechos que son importantes por su trascendencia por haber logrado la identificación y ordenamiento de la situación en un sólo periodo de cinco años, constituyendo el más importante acto base del actual Sistema de Salud.

Así , al fin de este anterior periodo e inicio de un nuevo régimen político, se crea un nuevo Plan Nacional de Desarrollo y un nuevo Programa Nacional de Salud, correspondiente al periodo comprendido de 1990 a 1994.

El objetivo general de este nuevo programa es "Impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficientes, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el recurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios" (59).

En general se puede advertir que con los antecedentes del anterior programa, la intención del nuevo es continuar la labor establecida sobre el sistema para lograr su funcionamiento, dictándole los lineamientos generales, marcando las políticas para su funcionamiento que fueron :

Fomentar la cultura a la Salud

Acceso Universal a los Servicios de Salud, con calidad y equidad

Prevención de Enfermedades y Accidentes

Protección del Medio ambiente y Saneamiento básico

Contribución a la regulación del Crecimiento Demográfico

Impulso a la Asistencia Social

Acciones que cerraron filas sobre los problemas conocidos y se reestructuraron sobre lo futuro del mismo modo que las líneas de acción que determinaron el coordinar funcionalmente el Sistema Nacional de Salud; fortalecer los sistemas locales de Salud; descentralizar los servicios; modernizar y simplificar la administración; lograr una coordinación intersectorial y tener una participación comunitaria funcional.

Además integra en funciones programas para desarrollo de las políticas y estrategias, contando para ello con programas de acción y de apoyo, desarrollando también proyectos estratégicos dirigidos a la atención de la Salud Pública (60).

Es posible comprender el sentido de continuidad necesario entre un programa y otro, con correspondencia y complementariedad de acciones que denotan un macroproyecto en pro de la función del Sistema Nacional de Salud, modo que el gobierno mexicano cumple con sus obligaciones de atención, ejercido como un derecho constitucional, armando un marco de sustentación para una sociedad en evolución y crecimiento.

2.- MARCO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000

El Plan Nacional de Desarrollo, es un compromiso Presidencial que está establecido en el Artículo 26 de la Constitución General de la República y por el Artículo 5o. de la Ley de Planeación, acción que debe cumplirse en el primer año del mandato Presidencial y enviado al Congreso de la Unión para su examen y opinión (61).

En este año (1995), al iniciar un nuevo régimen, el Plan Nacional de Desarrollo señala sus acciones principales en cuanto a la soberanía nacional, por un Estado de Derecho, y un País de Leyes, el Desarrollo Democrático, el Desarrollo Social y el Crecimiento Económico.

Dentro de los lineamientos a seguir en el Desarrollo Social se encuentra la Salud, considerando el panorama actual de la misma en el país, reconociendo los logros del Sistema Nacional de Salud así como sus deficiencias, recomendando la superación de éstas siguiendo los lineamientos de equidad, eficiencia y calidad a través de un sistema que considere los siguientes aspectos, que relacionados entre sí, suman el total de acciones que se pretenden aplicar :

Económico : Reorganizar el gasto en Salud, para hacer más eficientes los servicios y formular nuevos esquemas de financiamiento, coherentes con la capacidad del usuario y de los recursos gubernamentales, adoptando éste la responsabilidad administrativa necesaria.

Administrativo : Descentralización completa de los Servicios Estatales de Salud, para adopción de políticas locales, así como la integración de recursos federales centralizándose a los nuevos sistemas; formación de recursos humanos para la función y atención de las necesidades existentes y futuras además del abasto adecuado de insumos, para la oportuna prestación de servicios.

Atención a la Salud : Garantizar la creación de un paquete básico de servicios hacia la población para definir los requerimientos esenciales con el fin de alcanzar un mejor nivel; fomento a la salud a través de las medidas de educación necesarias; reforzamiento de programas de Medicina Preventiva y acciones específicas según las necesidades nacionales y locales así como desarrollar los Programas de Vacunación, Nutrición y Salud Reproductiva, mismos que formarán el eje rector del paquete de Servicios Básicos (62).

En estas bases se desarrollará el nuevo Programa de Salud 1995-2000, que servirá para enfrentar las demandas crecientes de atención, tratando de superar los problemas de inequidad, ineficiencia y falta de calidad que de una manera muy lenta se han enfrentado y que de algún modo, las estadísticas recientes confirman y señalan como metas a superar el objetivo de "Salud para todos" como una necesidad más que como un medio.

3. REFORMAS ACTUALES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Continuando en el mismo lineamiento anotado en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Proyecto de Programa de Reforma del Sector Salud marca las estrategias y programas a seguir, destacando en los objetivos la intención de restringir al sector a la exclusiva normatividad, evitando duplicidad en funciones y asumiendo un papel de rectoría en la cabeza del sistema, adoptando el mismo modo de funcionamiento que otros gobiernos han seguido, beneficiándose al desembarazarse de otros aspectos como la prestación de servicios (63).

Los Programas de Acción se continúan a partir de los establecidos en los anteriores Planes de Salud, atendiendo problemas de desarrollo de Sistemas de salud, específicos en grupos, desarrollo regional y control sanitario; los Programas de Apoyo se definen hacia la estructura administrativa, recursos humanos y la investigación en Salud.

4. PERFIL DE SALUD 1996 (64)

En el avance ocurrido en el lapso de 1995 a 1996, se aprecia una continuidad -esperada- en las acciones, destacando una mejoría en las condiciones de vida, al pareciarse un leve incremento en la esperanza de vida al nacer; el mantenimiento de las causas de mortalidad general; y la disminución relativa de la tasa de crecimiento poblacional, aunque debe señalarse que estas mejorías no son consecuencia de esta administración sino el producto de las anteriores.

Cabe mencionar que el porcentaje de población no derechohabiente, ha disminuido a 29.7 millones, que representa el 5 por ciento menos que en el año anterior, según este reporte.

El aspecto económico muestra una aparente mejoría al tener un aumento de 33 por ciento respecto del año anterior; los aspectos administrativos, según se describe, han tenido un mejor funcionamiento, simplificando en apariencia las funciones propias del sector. De forma paralela la maquinaria administrativa ha abierto sus puertas a mayor número de trabajadores, refiriendo la creación de fuentes de trabajo y un reforzamiento de acciones para la salud.

En base a estos hechos cabe destacar el contraste del incremento presupuestal, sostenimiento de metas y el mayor número de trabajadores contra los aspectos económicos que han devaluado el poder adquisitivo y que hacen del aumento en recursos financieros, una realidad muy difusa si se analiza el poder real de éste, considerando que hay más para poder intentar hacer más, pero debe tomarse en cuenta el crecimiento interno (trabajadores) y deducirse que hay menos para más, creciendo con esto la megamaquinaria que no ofrece por sus mismas dimensiones y funciones internas, una reacción basada en la estructura administrativa tradicional que no aprecia sus objetivos más allá de un lapso y limita su acción sólo en lo conveniente.

Las estrategias definen la situación y marcan una orientación acorde a una simplificación del modelo organizacional, reafirma la necesidad urgente de una descentralización, control de un mercado de competencia interinstitucional y la ampliación de cobertura, tomando el mismo modelo extranjero de control de mercado y ampliación de servicios, como se observará en el tema referente a sistemas de Salud en el Mundo.

En su proceso de Planeación cabe el mencionar que se comenta que la falta de ésta ha tenido el efecto de un burocratismo central, ineficiencia y responsabilidad diluidas, teniendo el compromiso de perseguir los fines de equidad, calidad y eficiencia, a través de una participación abierta con el fin de lograr una definición concreta de acciones por los procesos de la delimitación de los lineamientos de Salud

establecidos (cuadro 29) no eserándose un cambio espectacular , sino una continuidad de accione4s planeadoras más que de ejecución de acciones.

PROCESO DE DESCENTRALIZACION

El sistema de salud en México ha obedecido como se aprecia, a un control centralista que impide un desarrollo regional acorde a las necesidades presentadas, la adopción de esta forma administrativa es una herencia de la conquista española, afectando seriamente a las decisiones políticas desde esa época. El primer intento por lograr una descentralización data del gobierno juarista que intentó esbozar un plan para lograrlo, resultando infructuoso este intento. Actualmente existen los proyectos de una descentralización real, implementándose para ello diferentes formas que sin ser sinonimos de la acción, implican el cumplimiento del mismo objetivo (65).

Las formas que se siguen hasta el momento en México, abarcan diferentes grados de responsabilidad estatal desde la máxima que es la desconcentración de recursos gradual en la forma de delegarlos; la denominada devolución que justifica la acción de reintegrar la responsabilidad al estado o municipio ; la delegación que es el "otorgamiento" total del manejo administrativo del recurso; la descentralización combinada , que implica una participación mixta de repartición de recursos, pero que finalmente queda en manos del sistema local; el federalismo, idea permanente de autonomía administrativa estatal y la privatización que es el ceder por completo el manejo del recurso y obligaciones al sector privado.

Como se puede apreciar, el término varía con la misma intensidad de desligarse de las acciones de atención, pero con una desventaja para los "beneficiarios" que es la necesidad de autofinanciamiento sin poder acudir al gobierno federal que ha sido el principal y a veces el único apoyo económico en la

administración del sistema de Salud en los estados y municipios del país.

Por lo anterior se puede concluir que no existe una capacidad organizativa interna, por carecer de un antecedente adecuado de planeación, que dando este proceso, al igual que otros, sólo por escrito.

PLANES NACIONALES DE SALUD POLÍTICAS GENERALES

1983-1988

SECTORIZACIÓN
DESCENTRALIZACIÓN
MODERNIZACIÓN
COORD. INTERSECTORIAL
RACIONALIDAD
DESARROLLO REC. HUMANOS

1990-1994

ADMINISTRATIVO

DESCENTRALIZAR
MODERNIZAR
SIMPLIFICAR
COORDINACIÓN
INTERINSTITUCIONAL

1995-2000

NORMATIVIDAD EXCLUSIVA
DESCENTRALIZAR
AMPLIAR COBERTURA
FORMACIÓN REC. HUMANOS
ABASTO DE INSUMOS
CONTROL DE MERCADO
INTERINSTITUCIONAL
DESARROLLO SIST. SALUD
IMPULSO INVESTIGACIÓN

ECONÓMICO

FINANCIAMIENTO DE
SERVICIOS
HOMOLOGACIÓN SALARIAL

CONTINUIDAD
DE
ESTRATEGIAS

REGULAR GASTO EN SALUD
NUEVO ESQUEMA DE
FINANCIAMIENTO PARA EL USUARIO

ATENCIÓN A LA SALUD

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
MEJORAMIENTO SIST. DE SALUD

IMPULSO A LA ASIST. SOCIAL
CONTRIBUCIÓN A LA REGULACIÓN
DEL CONTROL DEMOGRÁFICO
PROTECCIÓN AL MEDIO AMBIENTE
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
ACCESO UNIVERSAL

DELEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS
MEJORAR LA ATENCIÓN
PROGRAMAS ESPECÍFICOS
PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS
CONTROL SANITARIO AUTÓNOMO

CUADRO 29 BREVIARIO DE POLÍTICAS Y PLANES

F) ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. EVOLUCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL MUNDO

Las fuerzas que de una forma organizada o no impulsan a un grupo a adoptar una postura, decisión y modo de pensamiento humano, han marcado el rumbo y caracterizado a la época en que estas tienen su inicio.

Es posible marcar entonces las épocas humanas con hechos políticos, religiosos y filosóficos que diferencian claramente una de otra, además, se debe considerar que los hechos históricos, rara vez obedecen a una sola causa y la conjunción de factores son en realidad los motivos de sucesos que marcan, separan e inician etapas.

Durante mucho tiempo hasta antes del siglo XIX, no hubo un intento de conocer algo nuevo, sino solamente se procuró el facilitar la manufactura de bienes y de organizar los conocimientos, bases de la Revolución Industrial, que fue una variación social general de los medios de producción organizados hacia una base tecnológica (66).

En vista de ello las sociedades tuvieron un incremento en sus necesidades para mejorar su tecnología y su producción creando en consecuencia, acumulación de esta y riquezas materiales en abundancia, necesitando un sistema de organización para mejorar la productividad y organizar las ganancias. Sistema que dio la pauta para definir la moderna administración en las bases establecidas por Taylor hacia fines de siglo y que determinaron la creación de la reforma administrativa empresarial, que significó el aumento de la productividad, pero, con la base del conocimiento de la naturaleza del proceso, precedente importante hacia un futuro que no era tan lejano (67).

La Salud ha ido de la mano de las organizaciones humanas, definiéndose el nivel de avance de ésta también acorde al momento histórico que sucede.

Haciendo una relación de historia de la Revoluciones Industriales y la Salud es posible expresar que la primera Revolución Industrial, caracterizada por el uso del vapor como fuerza de trabajo, el mercantilismo y la manufactura, está rodeada de un panorama de Salud muy deplorable y obligada a enfrentarse a la atención de masas sociales, debiendo el médico actuar más con un profesión de oficio hacia lo popular que hacia la sociedad dominante y minoritaria, que había sido por tradición su lugar y su función. Los hospitales eran depósitos de seres al borde de la muerte, la práctica médica definía a la enfermedad por su manifestación y como mal necesario del individuo a la atención de pacientes iniciaba a los médicos a organizarse en grupos. Las condiciones de vida de los obreros fueron objeto de atención ameritando el darles un lugar, a cambio de una mejor producción. La cirugía iniciaba de una manera traumática y cruel "en vista de la necesidad". La medicina preventiva y sanitaria surgían como algo casi complementario. La prevención por vacunas tuvo su inicio en Europa, logrando aceptación gradual hasta demostrar su utilidad. La seguridad social iniciaba como un medio necesario para una estabilidad política, procurando la asistencia y la seguridad en los sistemas de pensiones, creándose esto en Alemania, como un antecedente para los sistemas modernos de Salud.

En todo el mundo se establecieron en el siglo pasado sistemas de organización de práctica médica que predominados de formas diversas, como ministerios, protomedicatos, departamentos o asistencias, fueron el preámbulo de las actuales organizaciones.

La segunda Revolución, la marca el proceso administrativo integrado a la producción, el uso del petróleo y la especialización del trabajo.

En la Salud, se inicia la generación de gastos por los Sistemas de Salud, ahora atendidos por los mismos gobiernos, hacia la población y por otro lado la aparición de los seguros médicos como una forma de pago de los gastos derivados de la atención.

Al mismo tiempo se inicia la creación formal de hospitales, definiéndolos como el lugar en donde se puede recuperar la Salud, contrastando con el concepto expresado en la primera Revolución, basado en la realidad, de hospital como centro para la recuperación de una supuesta Salud.

La tercera Revolución caracteriza al periodo por estar basado en la electricidad como su fuente de energía primordial, constituyendo la Salud un medio para asegurar la producción industrial, por lo que se define a ésta como una necesidad primordial, sobre todo en la consecuencia que es parte del sistema de producción y esta forma la base de la creación de políticas de crecimiento industrial y comercial en beneficio de la población. Posterior a la Segunda Guerra Mundial, se dan políticas de desarrollo y crecimiento firmes y se organizan los recursos mundiales en pro de la Salud en organismos internacionales que persiguen ese fin. La organización de la investigación médica causa grandes innovaciones en el medio diagnóstico y los medios de terapéutica existentes, normando su uso; el hospital se reorganiza administrativamente, modernizándose y formando una fuente de consumo para la floreciente industria farmacéutica. Se define la medicina en privada, asistencial y en seguridad social (68).

La cuarta Revolución, de la energía nuclear, la informática y el control del crecimiento mundial, se reitera la definición de la Salud como una necesidad fundamental del individuo y su control se centra en el uso de la tecnología basada en la experiencia e información para una mayor acertividad en su manejo, corriendo con esto el desarrollo de sistemas de atención de Salud por parte de los estados, privados en muchos de los casos, adoptando inclusive sistemas mixtos con una tendencia a la privatización en vista del beneficio de reducción de gastos públicos y fortalecimiento del desarrollo económico.

Así entonces, la tecnología y el capitalismo crearon una civilización mundial, basada en el conocimiento de los hechos, sobreviniendo en el siglo pasado, la ciencia como algo que se tornó accesible para cualquiera que se interesara, logrando que el conocimiento se convirtiera paulatinamente en un recurso.

En la primera fase el conocimiento se aplicó a las herramientas, creando la Revolución Industrial, en su segunda fase se aplicó a los medios de producción y en la última fase, en vigencia actual, se aplica al conocimiento mismo, tornándose éste como factor único de producción que ha desplazado al trabajo y al capital (figura 30).

**EVOLUCION DE LAS ORGANIZACIONES
EN EL MUNDO**

REVOLUCIONES ORGANIZACIONALES

REVOLUCION INDUSTRIAL

-HERRAMIENTAS

REVOLUCION ADMINISTRATIVA

-PROCESO DE PRODUCCION

REVOLUCION ENERGETICA

-DIVERSIDAD DE FUENTES

REVOLUCION INFORMATICA

-EL CONOCIMIENTO Y SU CONTROL

**FIGURA 30
EVOLUCION MUNDIAL .
REF DRUCKER P. LA SOCIEDAD POSTCAPITALISTA**

2. SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

En todo el mundo, la Salud es un necesidad, con sus dificultades y beneficios, a veces es un derecho, en todas las ocasiones es un fin buscado. En la actualidad los Sistemas de Salud tienen ante sí el reto de una demanda mayor asociada en incremento de gastos, que se traduce en un peso excesivo para la economía nacional.

Ante esto, la necesidad ha marcado el camino nuevo y estratégico para reducción de costos e incremento de la Salud, "más Salud por su dinero" parece ser la premisa mundial que rige esta situación.

La participación gubernamental ha sido una constante en la atención de la Salud desde el siglo XVIII en que se iniciara el patrocinio estatal hacia ésta, pero actualmente la participación del gobierno en la atención, está variando de una forma rápida, estructurándose diferentemente la maquinaria de la Salud en cada país (69).

América Del Norte

El sistema de Salud Canadiense es una organización descentralizada, dividiendo la responsabilidad respectiva en cada provincia, quedando el gobierno federal con la obligación de atención a grupos específicos y cuestiones internacionales, además de brindar apoyo en cuanto a la infraestructura de información, investigación y control sanitario.

La fuente de financiamiento en este sistema es la pública con un mínimo de participación privada, brindando seguridad universal. No obstante, las dificultades son las mismas que en otros sistemas, como se verá, detectando un incremento en gastos que absorben más de la tercera parte del presupuesto provincial, debido entre otras cosas a la expansión del sistema hospitalario, de la oferta de personal

médico, del incremento del desarrollo tecnológico, del incremento de medicamentos, de la calidad de atención, de tratamientos inconvenientes, así como de la eficacia, eficiencia, coordinación y del equilibrio entre servicios.

Esto dió lugar a un estudio detallado del sistema que arrojó los resultados de realizar recomendaciones para ejercer un control sobre los gastos, integración y coordinación de acciones, vigilancia en los procedimientos de atención, diagnóstico y tratamiento, control en la atención de programas de atención y de insumos, además de una mayor participación del estado en la planeación de servicios.

Considerando que el estado de Salud del Canadá es uno de los mejores del mundo, la problemática existente aún debe superarse para mantener estos niveles, debiendo incrementar su cobertura, mantener capacitado a su personal, adaptar recursos acorde a necesidades, asegurando la calidad, eficacia y eficiencia, todo basado en la importancia de que su sociedad otorga a la Salud, dentro de las posibilidades y valores sociales, políticos, económicos y culturales canadienses (70).

En el mundo de los sistemas de Salud, el correspondiente a los Estados Unidos es el más complejo en su estructura actual, por su nivel organizativo, además de ser el más caro del mundo, pues gasta el 11.8 por ciento de su PIB, lo que contrasta con el promedio continental de 2.8 por ciento y el de 8.8 por ciento usado por Canadá, constituyendo el gasto por persona anualizado de 2350 y 1680 dólares respectivamente, diferencia que es significativa y de gran repercusión en la economía estadounidense.

El nivel de Salud, acorde a su gasto, podría esperarse mejor, pero no logra un nivel tan bueno como el esperado, teniendo problemas básicos de cobertura, contando con un núcleo poblacional de más de treinta y cinco millones de personas sin Servicios de Salud y una creciente población con

esta carencia por ser la nación que recibe a mayor número de inmigrantes que anualmente se integran a su fuerza laboral.

Se describe a esta nación en el aspecto Salud, como la que más recursos posee y con un sistema gubernamental descentralizado que propiamente no cuenta con un ministerio específico para la Salud, pero con un número grande de agencias, que dedicadas a la administración de los medios de atención, son prácticamente las encargadas de la misma.

Así, se puede ver que la Salud es atendida y regida por diferentes dependencias federales que controlan la Salud Pública, los brotes epidémicos, el registro y control de enfermedades y la investigación. A nivel local el sistema está controlado por la dependencia municipal o del condado, constituyendo la máxima autoridad, el hospital local que rige y establece el orden de las necesidades.

Estados Unidos

En este país el problema principal es el costo (figura 31) pues se ha incrementado hasta llegar a los niveles comentados en el primer párrafo. Del gasto público, el gobierno aporta más del cuarenta por ciento y el diez o doce por ciento más solamente, se otorga por gobiernos locales (estatal o municipal), apreciándose una demanda mayor ,costos mayores, una hiperinflación, a tal grado, que es mayor el crecimiento de la demanda en Salud, que de la economía misma, llegando frecuentemente a duplicar el porcentaje de crecimiento.

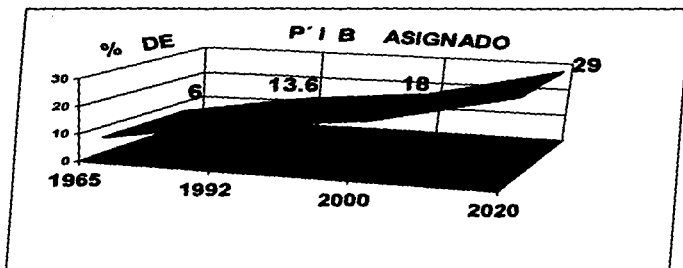


FIGURA 31
INCREMENTO DE COSTO DE LA SALUD EN ESTADOS UNIDOS
 REF:OP .CIT. INNOVACIONES EN LOS SISTEMAS DE SALUD...

Este problema, es la base de la serie de trastornos que afectan a este sistema, derivando de ello múltiples situaciones, como algunas conocidas en otros países y otras propias de la idiosincrasia nacional: ineficiencia, ineficacia, práctica médica inadecuada, demandas por negligencia con fines lucrativos, dispendio en el uso de recursos, uso excesivo de tecnologías médicas, exceso de subespecialidades médicas y en el cobro de honorarios. Esto por mencionar lo estructural y elemental, pues de éstas situaciones, derivan más, cabiendo agregar lo más complicado que es lo referente a la recuperación de pagos de seguros y muchos más.

Tradicionalmente la atención ha sido a través de seguros de atención médica con varias denominaciones, pudiendo para fines prácticos definirlos en dos tipos, lucrativos y no lucrativos.

Los primeros son convenios de prepago anual, mismo que están dados en proporción a la actividad del asegurado y al contrato establecido. El tipo no lucrativo es un servicio otorgado por un precio simbólico y mínimo.

Mencionados así en su mera definición podrían parecer sistemas adecuados de atención, pero los resultados de esto son el panorama anotado al principio, viéndose en la necesidad el gobierno federal de formar nuevas opciones que han surgido a partir de las medidas consistentes en mejorar la contención de costos, el acceso universal y disponibilidad de resultados de la atención.

Con esto surgen organizaciones de atención distintas a las mencionadas, integrándose en un sistema de servicios la Atención Administrada que se define como el medio para proveer servicios de atención a la Salud dentro de una red definida de proveedores de servicios a los que se les otorga la responsabilidad de administrar y proporcionar atención de calidad y costo efectiva para la población (71).

Esta organización agrupa varias características, entre ellas, la principal es tener una red de distribuidores y un mercado para los mismos, hecho que resulta conveniente para las partes interesadas. El modo de funcionamiento es el de atender los problemas de Salud en base a un financiamiento privado regido en base a la calidad, equidad, eficiencia y cobertura, expresiones que a lo largo de la descripción de los sistemas de atención definen y han definido sus deficiencias y fines.

Siguiendo un modelo establecido desde los años treintas, las organizaciones de atención, se condicionan al cumplimiento de requerimientos contractuales, mejorando administrativamente la función lograda.

Se pueden contar varios tipos de organizaciones, básicamente existen las Organizaciones de Conservación de la Salud y los Sistemas de Atención Organizada.

Como ejemplo se pueden citar, del primer grupo los modelos de:

- Equipo**
- Práctica en grupo**
- Asociación de práctica individual**
- Contrato Directo**
- Red de Atención**

Estas modalidades se combinan comercialmente con las siguientes modalidades:

- Planes Médicos Competitivos**
- Organización de Proveedores Preferidos**
- Arreglos de Proveedores Preferidos**
- Organización de Proveedores Exclusivos**
- Organización de Proveedores Designados.**

De esta forma, el asegurado acude a solicitar servicio a una de las modalidades de organización y esta a su vez otorga el servicio a través de un modo o equipo de atención médica, estructurando plazos o planes de cumplimiento del contrato.

Respecto de los modelos de Sistema de Prestación de Atención Administrada, existen las siguientes opciones :

- De Equipo**
- De Práctica de Grupo**
- De Red de Asociación Práctica Independiente y /o**
- De Contrato Directo**

La función de estas opciones son con la misma combinación que las anteriores.

Existen además organizaciones de Atención Administrada que atienden problemas específicos y especiales, organizadas de un modo mas aceptable y mejor que las organizaciones anteriormente mencionadas, denominadas de "atención general".

Las ventajas y desventajas de estas organizaciones han sido la disminución en el gasto de atención por paciente, cuando se cuenta con este servicio, ya que solo el treinta por ciento de la población cuenta con este servicio .El sector privado ha estado en una aparente desventaja para los sistemas de atención, pero la resultante es que su principal comprador, el gobierno federal, lo mantiene como responsable de la atención de más de 188 millones de personas del total de 211 con derecho a Servicios de Salud, por lo que indirectamente el sector privado seguirá dominando este mercado, en base a las organizaciones y estructuras que significan un mercado potencial.

Se espera que en los próximos años se cuente con una reforma, ya integrado el complicado sistema, delimitándose los objetivos en los puntos de Acceso y Cobertura Universal, Alta Calidad en la Atención, Atención Financieramente Accesible, así como lograr una contención de costos.

Además de esto, para la solución de otros problemas se sugiere que se mejoren las condiciones de mercado, las organizaciones de atención, el sistema administrativo, un control de precios, regulación del mercado de servicios y una distribución equitativa de costos.

América Latina

En toda esta área continental se ha establecido un sistema de organización y funcionamiento similar, con tendencia a la centralización gubernamental y la preferencia de atención a las clases privilegiadas, fundamentalmente las características comunes se pueden señalar en los siguientes puntos:

- Gobierno regidor de la atención total de la población**
- Establecimientos asistenciales de instituciones varias del mismo sector público**
- Servicios Privados**

Esta estructura carece de una capacidad de cobertura total de la población, dejando al margen a la población de escasos recursos y rural inclusive, así como a una buena cantidad de personas ubicadas en la clase media. Esto como consecuencia, tiene la creciente demanda de servicios, creación de sistemas de seguridad social subsidiados por el estado y un sector privado con libertad de ejercicio de atención y tarifario.

Estas características permanecen, adoleciendo, como es obvio de una descoordinación de recursos y de inequidad de servicios como resultado de la insuficiente capacidad. Básicamente lo que interviene para el mal funcionamiento del Sistema de Salud cada país, son las políticas hacia la misma; la economía reflejada en los niveles de inflación que afecta la capacidad de adquisición social de bienes de consumo y en consecuencia, también de los seguros contra enfermedad; la distorsión del mercado laboral del personal de Salud; la falta de un marco regulador de los servicios; la incapacidad de desarrollo de tecnología médica y como el gran resultado de todo esto una notable ineficiencia en el uso de recursos.

Las formas innovadoras que se presentan son la tendencia a mejorar costos, calidad, equidad y accesibilidad, algunos partiendo de modificar el modo de financiamiento o la producción del servicio, adaptando modelos como el

experimentado en Bolivia a partir de 1980, que inicialmente patrocinara el gobierno y luego continuara en autofinanciamiento, modelo con éxito aceptable, que continúa hasta la fecha.

En otras experiencias se han mezclado financiamiento y producción de servicios con sistema de prepago y de atención universal integral, teniendo en las cuotas fijas mínimas el beneficio para quien requiere de atención, o bien sistemas mixtos que parcialmente, por prepago se recibe atención de emergencia dejando manejos de padecimientos crónicos a la responsabilidad individual.

En todos los casos el estado ha mantenido un papel de regidor de los servicios, atendiendo la equidad y la calidad, valorando la eficiencia los usuarios mismos.

Quizá el modelo de mayor éxito y aceptación sea el de Chile que permite al estado regir solamente y autoriza al individuo a usar un sistema de fondos previsionales y de atención con beneficios superiores a lo establecido en otros países, sobre todo en los parámetros de evaluación de los servicios.

El esquema tradicional no ha permitido la eliminación de una autoridad suprema del estado omnipotencial, requiriéndose para lograr una reforma total, aparte de lo expuesto de transformar los ministerios de Salud en regidores en vez de otorgadores así como a los Servicios de Seguridad Social, el desarrollar modernamente los servicios administrativos de la Salud en cada nación, cambios que aparentemente han surgido y siguen surgiendo y de ser así se apreciará la modificación (72) en los años próximos.

Europa e Inglaterra

Al igual que el resto del mundo, Europa necesita un cambio en sus Sistemas de Salud, que originalmente se han regido de una manera similar a la de gobierno-patrocinador, población-receptora, con problemática también similar: costos crecientes, poca eficiencia, poca cálida, resultados dudosos y atención primaria mínima, constituyendo todas estas las razones para cambiar, unidas a presiones demográficas, factores económicos, avances tecnológicos y demanda de usuarios.

Se puede apreciar un problema similar con un contexto cultural diferente, por ello las acciones son más encaminadas a organizar nuevas estructuras, para ello se planifica y se ordena ahora en base a las fuerzas externas, las necesidades, en vez de la base de la dirección interna rigida en pro del desarrollo con normas, control y burocracia, formando la tendencia actual de productividad, eficiencia, competitividad, satisfacción y el entorno.

En consecuencia, existen innovaciones en la reestructuración organizativa basadas en la división del financiamiento y la prestación de servicios, quedando el estado en su papel de administrador y alguna empresa como servidora, teniendo entonces mejor servicio por mejor pago, contando así con una calidad constante y en mejoría por parte del proveedor y mayor capacidad de elección de servicios en base a las posibilidades factibles y calificadas.

Los servicios son buenos y de calidad, prefiriéndose una homogeneidad en cuanto a ésta, eligiendo siempre al estado como regulador, teniendo el criterio de responsabilidad como "proveedor único" de Salud a la sociedad (73).

Esto último contrastará con otros sistemas, pues a diferencia, éste se limita a un control y no permite una creación de mercados, conservando la regulación de los servicios en una esfera eminentemente estatal.

En Inglaterra, desde 1948, se creó el Sistema Nacional de Salud, determinando el proporcionar servicios universales de Salud en cuanto a la cobertura necesaria con un sistema de financiamiento con base fiscal, formas que había seguido hasta hace pocos años.

Actualmente el receptor de servicios, puede elegir en este sistema a su médico, su tratamiento y el lugar de atención en caso de requerir hospitalización, contando con el patrocinio que el gobierno concede absorbiendo el noventa por ciento del gasto, quedando el resto a liquidar por el propio paciente acorde a su capacidad de pago.

Esta nueva estructura se originó por la misma razón de los problemas de otros sistemas, el costo excesivo, la inequidad, la ineficiencia y el dispendio de recursos, marcando la nueva opción, una pauta aceptable para su adopción como una innovación.

El Sistema funcionaba adecuadamente con una demanda sostenida en costo y en pacientes pero solo era en apariencia porque existían los problemas anotados, debiéndose limitar el uso de recursos de atención médica y hospitalaria, además de descentralizar el control de los servicios, creando un modelo de administración autónoma para cada localidad, contratando ésta los servicios necesarios y adecuados, tomando también en este modelo al estado como regidor-administrador.

En este nuevo modelo se pretende el crear un mercado interno regido oficialmente, con el esquema básico de fideicomiso para la explotación privada y la asociación con fines de control presupuestal con el fin de manejar, como en otros sistemas, la oferta y la demanda en beneficio de la calidad (74) de atención.

El planteamiento que se presenta ante el modelo es la restricción aparente para el desarrollo del mercado interno y en consecuencia la repercusión sobre la eficiencia y su administración.

Australia

Como colonia Británica desde 1788 ,ha mantenido un sistema de autonomía similar al de Canadá teniendo cada uno de sus estados una libertad para la elección de los servicios de Educación, Salud y otras cuestiones sociales.

Desde la época de los veintes, los australianos han gozado del beneficio de un seguro de atención médica, que ha pasado por diferentes modificaciones, acorde al momento social, político o inclusive de conflictos mundiales que ha padecido el país continente.

A partir de la década de los ochentas el sistema que existe para la atención de la Salud es el Medicare, que se encarga de la atención y el pago de los Servicios de Salud individual, absorbiendo el 85 por ciento de los costos, quedando el remanente a cargo del beneficiado, de esta manera el paciente no se encarga de pagar los servicios, cumpliendo esto el gobierno estatal. De esta forma, mantiene a un gran porcentaje del personal médico disponible, cerca del cincuenta por ciento, empleado en la atención a la población (75).

Es de apreciar que al igual que ocurre en los países anglosajones, los costos son un rubro muy importante por la amplia cobertura ofrecida y sin hacer mención del monto, es factible su deducción, más sin embargo, el estado australiano por el nivel de desarrollo tiene la capacidad de soportar el gasto pero no por mucho tiempo, debiendo acelerar el proceso de cambio del sistema. Considerando que la población total está cubierta en un 80 por ciento para la atención de la Salud, formando el restante porcentaje del 20 por ciento, una creciente cantidad de inmigrantes, amenazando a Australia

una situación como la que ocurre en los Estados Unidos y Europa.

Japón

Como un ejemplo de resurgimiento, este país es un ejemplo, pues creció de una "moderna edad media" en donde predominaba el feudalismo a una época moderna, a tal punto que se atrevió a desafiar a los gigantes del desarrollo industrial de este siglo, logrando que se tambalearan. Y aunque resultó derrotado, fue en realidad a la larga el gran ganador por el triunfo del desarrollo económico, orgullo del imperio.

Su sistema de Salud ha sido de una evolución similar a los modernos sistemas, adoptando el sistema alemán de bienestar y asistencia para los trabajadores impuesto por Bismarck, con el fin de mantener en buen estado a su planta de producción, evolucionando hasta consolidar a un nivel constitucional la Salud, reformándose luego de los períodos de guerra.

El control del Sistema de Salud radica en un ministerio que controla esta y el bienestar social, atendiendo la regulación de servicios y la atención específica de situaciones de Salud Pública para la comunidad, manteniendo un control sobre el grueso de su población. Los gastos de atención se absorben en una mínima parte por el gobierno, ya que más del 80 por ciento de la población se encuentra cubierta por un seguro de atención médica, quedando el 20 por ciento restante a manos del sistema estatal, gasto que es fácilmente liquidado dado el monto de recaudación fiscal japonés, receptor de las ganancias más altas en la industria.

Como ejemplo en el oriente, se puede apreciar que la organización, ha evitado el centralismo, permitiendo a empresas privadas el desempeño de la atención, rigiendo solamente y evaluando la calidad así como el respeto ético al individuo, aspectos importantes en esta cultura.

El mismo modo de atención es seguido por países como Taiwán, Corea del Sur, Tailandia, que aunque no poseen la riqueza nipona, se han facilitado la administración de su Salud al encomendarlo a empresas especializadas, dejando para sí la resolución y el control sanitario. Logrando con esto un buen nivel dentro de la Salud mundial, acorde a la Organización Mundial de la Salud (76).

G) LA PRIVATIZACIÓN COMO UN FENÓMENO MUNDIAL

La conceptualización de un servicio privado como un sinónimo de exclusividad y de público como algo relativo a lo social y de la demanda general, es un concepto que no ha dominado siempre en la cultura humana, pues la separación definitiva de un concepto que se entendía como común por su antecedente etimológico, se da en forma definitiva a partir de la Revolución Francesa después de un proceso en que se establece lo privado como un proceso de relación de voluntad e individualidad, Rousseau plantea la división del hombre en dos esferas, señalando al hombre privado (*homme o bourgeois*) y al hombre común (*citoyen*) como el hombre que constituye al público (*pueblo, popolo*), pudiendo ver claramente la interrelación de las denominaciones equivalentes en los términos idiomáticos anotados.

Entonces el proceso se da en vista de un concepto, más que de una necesidad, determinándose posteriormente a la Revolución Francesa, la motivación hacia la atención pública que se ejerció a través del descenso de la legitimidad del poder político a la voluntad general (*volonte general*), creando así una delimitación del poder popular que desde entonces funcionaría.

El contexto al que el mundo se enfrenta en la actualidad es una mezcla de proteccionismo y de libertad de empresa, creando una regulación de mercados que a diferencia del pasado eran formados libremente sin regulación estatal, ésta regulación funciona adecuadamente, beneficiando a los integrantes de una forma recíproca, adoptando el gobierno una función exclusivamente mediadora, dándose entre las compañías una relación no de competencia sino de acciones complementarias mutuas por un intercambio de bienes y servicios entre "adversarios", cabiendo la posibilidad de formar bloques, regiones y tratados, todo en una esfera de competencia regulada en beneficio del usuario de los servicios, todo como el resultado de una tendencia mundial de privatización o debería quizá como se dijo al principio, de

populización, dando a entender que la conceptualización cumple su ciclo, como lo cumple el mundo al procurar que el comercio organizado a nivel mundial no cierre el ciclo de ganancia con la típica acción capitalista de acumulación del dinero, sino que ahora se use este para inversiones en formas variadas, expandiendo y vendiendo más servicios y bienes que causan más ganancias y en consecuencia directa un poder de la compañía que al controlar mejor su negocio crece, adoptando la tendencia actual de invertir en nuevos tipos de administración a partir de la información autogenerada, utilizando este conocimiento formado como una base para el poder mencionado y que de algún modo se ejerce, creando monopolios pequeños pero más poderosos que las grandes oligarquías comerciales imperialistas en el siglo pasado y capitalistas hasta hace poco.

De esta forma, la tendencia a privatizar servicios no es un movimiento aislado del contexto evolutivo, es una necesidad económica, por las razones del movimiento del dinero; cultural por la fase evolutiva humana de otorgar más importancia al conocimiento que al capital mismo y política por la uniformidad de la adopción de nuevas formas de finanzas y control gubernamental diferente al que existe actualmente y que indudablemente resulta de menos gravamen al mismo (77).

Como se mencionó en los antecedentes, el Sistema de Salud en el país ha tenido precedentes prehispánicos, su evolución en la Colonia, la Independencia, la Reforma, el Porfiriato, la Revolución y lo que se puede considerar el México moderno a partir de la década de los treinta en este siglo, hasta la fecha.

Culturalmente se puede dividir a estos periodos en siete etapas:

- 1. La Prehispánica (tetolnocaualiztli/tetonalmacan, la pérdida o la medicina del tolnalli)**
- 2. Caridad**
- 3. Beneficencia**
- 4. Asistencia Pública**
- 5. Seguridad Social**
- 6. Derecho a la Protección a la Salud, y**
- 7. Calidad-Calidez de los servicios de atención médica (78).**

Pudiendo interrelacionar cada etapa con las épocas referidas y su particular atención a la Salud, acorde a la evolución social.

El proceso de atención individual, a cambio de una retribución se inicia en México en 1529, cuando se autoriza por parte del cabildo, al primer protomédico Pedro López a ejercer libremente la profesión a cambio de una retribución económica, comenzando una larga serie de médicos que atendían su trabajo de forma remunerativa y que simultáneamente se encargaban de la atención a enfermos en varios lugares entonces de beneficencia, obrando por la naturaleza y bondad humana, actuando libremente con la intención de atender y de obtener algo a cambio, acto que siguió de igual forma durante los siglos siguientes, no teniendo un control oficial del ejercicio, requiriéndose solamente el registro y la acción. Simultáneamente se crearon en los hospitales que por caridad atendían los males humanos, pabellones especiales donde quien deseara una atención más personal, minuciosa y privada podría obtenerla, a cambio de un paso con la atención de personal especial y los médicos mismos del hospital pero de una forma exclusiva, naciendo entonces el concepto de la medicina privada en la hospitalización, creándose luego instituciones que especialmente se dedicaron a la venta de atención médica y servicios para la curación de todo aquel que mediante su pago correspondiente, solicitara estos servicios (79).

De este modo es posible saber porqué diversas instituciones de asociaciones extranjeras, actualmente son instituciones privadas en función mercantil y lucrativa. Por otro lado la práctica médica individual ha sido un proceso constante de comercialización por razones obvias, formando el personal médico, en una gran mayoría, un sector que ejerce en la medicina institucional o pública, permaneciendo aparentemente las reminiscencias coloniales de práctica por caridad y práctica por necesidad.

H) LA PRIVATIZACIÓN Y LOS SISTEMAS MUNDIALES DE SALUD

En una revisión hecha en Medline de 1993 al mes de Noviembre de 1995, la literatura fue abundante respecto de las tendencias de privatización, adoptando posturas muy variadas, encontrándose más de 60 artículos útiles para el tema pero centrado en el mismo solamente 33. De ese total el 73 por ciento apoyan el cambio al regimen privado por la conveniencia general social política y económica y el resto lo ponen en tela de juicio por la rapidez del procedimiento o por no convenir al mismo tipo de intereses que los señalados por quienes lo apoyan.

Mencionando el resumen de cada comentario hecho por los diverso autores consultados, se puede decir que en el mundo, los sistemas de salud y la sociedad se están concientizando y adaptando para el proceso de privatización, como en Inglaterra y Estados Unidos, que se desarrollan prioritariamente para una mejor evolución social en una época posterior a la guerra fría (80, creciendo a nivel de gobiernos y con un claro indicio de privatización aún en mínimos porcentajes (81), sustentando el cambio en una necesidad de ahorro nacional (82), aún en el caso de naciones con desarrollo económico pleno como los países escandinavos (83, 84), apoyándose a su vez en la mejoría de las condiciones de todo tipo de instalaciones para la Salud (85), que fomentan la competencia en espera de una mejor calidad (86).

La calidad , es fundamento base para el cambio, optando por ésta mas que por otro parámetro en la tendencia al cambio de los servicios de hospitalización (87), sea América (88, 89), Asia o inclusive Europa Oriental (90, 91), logrando una rivalidad inclusive para el mismo sistema gerencial de control, con tal de lograr la citada mejoría cualitativa (92).

El aspecto ético no escapa del proceso de privatización, pues es considerado básico para la preparación del personal para la Salud en un medio privado, distinto del público en sus

requerimientos (93), demanda, servicio (94, 95). Considera que la atención, debe ser equitativa realmente, respetando los esquemas sociales base de la Salud (96). Los modelos políticos, se recomienda, deben ser modificados adoptando lo mejor de ellos e instrumentando acciones con lo privado para el control y acciones de atención primaria elemental (97) y en las de Salud reproductiva (98), encomendando éstas tareas a terceros que de modo permanente y con eficiencia por el compromiso contractual, cumplirían y harían cumplir estos requerimientos,

Las dificultades de un servicio privado y de uno público han sido puestas en relieve para contrastar ventajas y desventajas (99), quedando de manifiesto las bondades de un sistema, pero surgiendo inconvenientes como de reorganizar el sistema estatal para prepararlo para la atención privada (100), estabilizar políticamente a la sociedad para un desarrollo y aceptación de un sistema adecuado de Salud (101), desde una sociedad con estructura mercantilista hasta en una sociedad neomercantilista como todo el antiguo bloque socialista y la renaciente sociedad de Rusia, que ante su apertura, prefiere un pago justo por un mejor servicio que recibir atención estatal (102).

El aspecto higienista surge en esta serie de artículos, pues se menciona a un medio privado, como el encargado de evitar incidentes nosocomiales, pues el control ofrecido, resultaría más eficiente que el de las comisiones de infección en hospitales (103), por el citado compromiso de calidad por la competencia tenida y demostrada.

Los comentarios editoriales abundaron respecto al tema, mencionando cuestiones a favor por el beneficio económico mencionado (104), analizando las opciones en los sistemas, aceptando el cambio planteado (105), variaciones en regímenes sociales que fueron las primeras en recibir los productos de un sistema social para la Salud como lo que ocurre en Austria (106) y en Suecia (107,108).

En particular los artículos que mencionan como la mejor opción el aprovechamiento tanto de una estructura inicial como de una infraestructura estatal para comenzar un nuevo régimen de atención (109), se ajustan al momento y las condiciones que operan en México, con su transición y su momento evolutivo, sobre todo por el contraste mostrado de sistemas Americanos y Europeos con la misma tendencia.

Los aspectos negativos mencionados al principio únicamente mencionan a la privatización como la única opción, como resultado de un recorte de presupuesto, hecho mencionado varias veces en el presente texto. Otro más critica los puntos que justifican el cambio, aceptando sin embargo la decisión (110).

Como conclusión, el retomar lo expresado por Wyman en su artículo "Core and comprehensive health care services" (111) en donde menciona que la privatización no es la panacea de los sistemas de Salud, se logra comprender que este proceso no será lo máximo en cuanto a las opciones, pero sí algo mejor en la fase evolutiva, como parte de un complemento para la asistencia social, debiendo tomar lo mejor de cada sistema, superando deficiencias y acrecentando los aciertos para un óptimo resultado.

En la figura 34 se explica graficamente la tendencia y preferencia a la adopción de un modelo mixto, correspondiente a las barras centrales, que la adopción de un modelo publico o privado, mostrando las deficiencias resultantes al interpretar el cuadro, teniendo el equivalente de satisfacción o calidad total las barras completas y lo contrario en las incompletas.

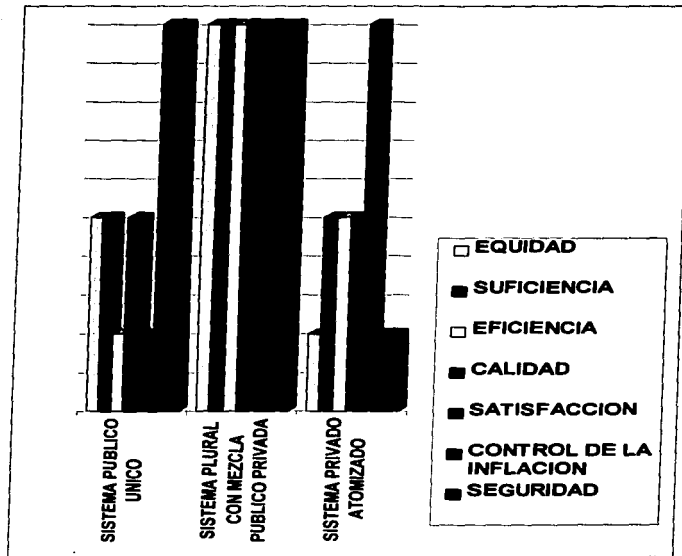


FIGURA 32
SISTEMAS PUBLICO, PRIVADO / PUBLICO
Y SISTEMA PUBLICO
REF: OP CIT. FRENK J. LOZANO R...

1) ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN SU MARCO ACTUAL, MÉXICO

La atención a la Salud en México, se ha entendido como un compromiso exclusivamente estatal por tener la conceptualización de la Salud como un derecho, y como tal, el estado como único responsable de llevar a cabo las funciones de otorgar, financiar y administrar el servicio.

Esta función centralizada por el estado desde principios del presente siglo, ha creado organismos que inicialmente, de forma autónoma, aplicaban programas y brindaban atención a sus beneficiarios, repitiendo acciones en un mismo núcleo poblacional, dando el resultado de esfuerzos múltiples, a veces insuficientes e innecesarios para un fin similar de atención, posteriormente en 1984 es creada la Ley General de Salud en una base constitucional y se forma el Sistema Nacional de Salud, que establece los lineamientos y acciones a seguir por las instituciones para la atención de la Salud, pero de una forma conjunta y sistemática, integrando desde entonces y hasta el momento de una manera gradual a cada componente del sistema como parte complementaria, permaneciendo la problemática resultante de un centralismo reflejado en el cumplimiento parcial de las metas trazadas, gigantismo del aparato, costos de operación excesivos, duplicidad de funciones, burocratismo para todas las acciones y como consecuencia hacia la población ineficiencia, inequidad y mala calidad en la atención.

En el aspecto de la atención privada como en todas las naciones, los hospitales y los profesionales de la salud han florecido de una manera buena, formando centros de atención para determinados niveles sociales que cuentan con capacidad de pago, formando éstos una minoría, que inclusive cuenta en ocasiones con seguro de gastos médicos, no mermando este rubro a la economía de este grupo a diferencia de quienes demandan atención de participación gubernamental.

Aunque la federación no se encuentra por completo sola en el financiamiento del gasto en Salud ya que existen sistemas de apoyo con participación patronal, sindical y estatal o estatal y del trabajador, el costo, a final de cuentas se absorbe en más del 80 por ciento por parte del estado.

Las complicaciones de adoptar estas políticas son claras, significando mayor costo por mayor demanda, tendiendo a la imposibilidad de financiamiento hacia un futuro, por el esquema de organización centralista que en vista de los cambios en el panorama de la Salud en el país requiere de una innovación en su administración de servicios.

De una manera paralela la historia, el Sistema de Salud Mexicano, se organiza en el objetivo de la funcionalidad con el beneficio de lograr un atención conjunta de equidad e igualdad con la premisa de calidad y calidez.

Hasta 1991 el país se ubicaba dentro del grupo de países con ingreso medio (de 3030 dólares anuales en base al PIB) con un gasto en Salud controlado por su Sistema Nacional que se enfrenta a los problemas surgidos de la transición epidemiológica y demográfica teniendo en consecuencia altos índices de inequidad, ineficiencia y baja calidad en la atención, repercutiendo todo este contexto de una forma directa en los costos, que se incrementan constantemente, resultando insuficientes los recursos, que en los últimos años como se comentó han sido en promedio de menos del tres por ciento del PIB. Aun cuando se duplicaran los porcentajes de participación gubernamental, el resultado sería el mismo.

Acorde a lo que se señala en los sistemas de Salud Mundiales, el costo de la Salud es un arcón con fondos que la población se encarga de utilizar y agotar en su beneficio, resultando incosteable el continuar el esquema paternalista de asistencia, optándose mundialmente por la apertura de mercado hacia la privatización, como un proceso necesario debido a las reformas económicas que tienden a liberarse de ese rubro de gastos, eliminando salidas y teniendo ingresos al

facilitar la creación de nuevas empresas o ampliación de las mismas, convirtiéndose en productores fiscales (112), que permiten recibir insumos económicos y libran de la carga al proceso organizador-administrador-otorgante de servicios a la institución gubernamental que adopta actualmente la posición de regidor y administrador, fomentando la premisa de calidad y calidez hacia la Salud.

Como resultado, a México le resulta conveniente el adoptar el proceso de privatización en beneficio de su economía interna en su proceso de saneamiento de finanzas públicas y en la economía de internacional, a considerar en ello el Tratado de Libre Comercio, que le brindará oportunidades ante la apertura mercantil de todo genero, incluyendo servicios de Salud, desde personal médico hasta empresas administradoras de servicios hospitalarios, incluyendo lo necesario para su funcionamiento (113), destacando el papel que en México juega la industria farmacéutica pues determina el rumbo del sector, al participar en este por producir un insumo necesario y en consecuencia , marcar las políticas a seguir en este aspecto.

El punto que también se debe considerar, es la base del problema actual, que es la transición epidemiológica, que forzosamente exige un cambio en el esquema actual de organización para la atención, cambio que debe ser mediato, acorde al movimiento poblacional de crecimiento y Salud que sucede. Para esto, el estado deberá adoptar una función regidora y de administración, eliminando la función de financiamiento total por una parcial que se creará bajo la responsabilidad estatal, regulando también la prestación de servicios.

El seguir la misma orientación que otros países, no es solamente por imitar, esto es en respuesta a un esquema innovatorio que desempeña un cambio en la función del estado.

Este proceso obedece en México y en el mundo a los

principios básicos de liberalismo social que tiende a un estado pequeño pero con poder, basado en la capacidad de controlar los aspectos fundamentales de desarrollo social, base elemental para el crecimiento de cualquier nación.

Además se debe considerar que la empresa pública, cuyo fin original era impulsar el desarrollo, se ha convertido en una carga financiera imposible de llevar para cualquier gobierno, prefiriéndose ceder estas acciones a particulares con el conocimiento respectivo, obteniendo ganancia para el país y no lo contrario.

Esta experiencia, ocurrida en varios países, reportó grandes utilidades, al eliminar la participación estatal, aprovechando la infraestructura privada del manejo de este tipo de empresas, a la vez que adecuado el papel estatal de administrador más que de organismo omnisciente en beneficio social (114).

En su obra "*National Health Systems of the World*", Milton Roemer (115) anota lo sucedido en el mundo en las últimas dos décadas, volviéndose un escenario de problemas políticos, dominados por la violencia y la beligerancia, que han causado una ruptura en su sistema social y en consecuencia en toda la estructura organizativa en cada continente. La economía mundial ha sido desencadenante para la adopción de nuevas formas de organización de sistemas, debiendo adoptar un sistema privado de financiamiento para obtener un alivio de los costos, como ocurre en América del Norte.

Las llamadas transiciones y la migración han variado sistemas completos dominados por factores más económicos que políticos.

En resumen las condiciones políticas y económicas no han sido muy brillantes y han causado los cambios necesarios

en los Sistemas de Salud mundialmente, esperándose que ante esta necesidad, la Salud no sea vista como una premisa exclusiva de unos cuantos, sino que el lema de "Salud para todos" sea un precepto convertido en una necesidad individual y generalizada de todo el orbe.

J) COMERCIO MUNDIAL

La oportunidad de realizar un intercambio comercial, incrementar el conocimiento y las relaciones internacionales en una base de comprensión, respeto y confianza recíproca, son las bases de cualquier tratado, sin importar el tipo de éste o los objetivos establecidos, más aún en el Tratado de Libre Comercio para América del Norte, estas bases fueron un precedente fundamental para la creación de un mercado potencial que pudiera estar a la altura de las circunstancias del comercio mundial en bloques, como se ha conformado en los últimos dos decenios, consolidando no muchos mercados, más bien uno sólo, el mundial.

Esto como el resultado evolutivo de la historia económica natural, considere que en un principio hubo aldeas económicamente suficientes, luego, ciudades-estado con una interrelación mayor o menor entre ellas, posteriormente ha habido estados con macroeconomías parcialmente autosuficientes y actualmente la organización mundial significa el repartir las tareas en beneficio también mundial, importando más actualmente una decisión económica que política por las repercusiones más trascendentes en lo primero.

En consecuencia, la libertad de comercio entre naciones es algo necesario para el desarrollo global propio y ajeno, considere la eliminación de barreras comerciales de la Comunidad Europea (figura 35), los pactos comerciales Orientales, los Regionales y el de la Cuenca del Pacífico, la apertura comercial de los países anteriormente socialistas, ahora abiertos a la libre economía (116) de mercado.

Hacia 1987, Drucker (117) consideró los hechos que en la actualidad se viven, señalando que la inversión mundial, impulsaría a la economía más que la política, llegando a ser más importantes los tipos de cambio, impuestos y disposiciones legales que los niveles de jornales y aranceles aduaneros. Hechos reales que marcan los cambios y

variaciones en el comercio mundial delimitando la especialización de tareas y mercados acorde a la capacidad de cada nación en su gente y en su tipo de gobierno, acorde a la apertura de éste en mayor o menor grado al comercio y al desarrollo nacional.

IX

**DISCUSION
DE
RESULTADOS**

La investigación realizada en el presente trabajo tuvo el objetivo de identificar las tendencias hacia la nueva organización del Sistema Nacional de salud, conociendo su estructura básica, aciertos y deficiencia así como su organización y la justificación de la misma considerando los antecedentes históricos de la salud en México

También se presentó a la Salud como un proceso evolutivo de administración, dentro del contexto que la Salud guarda en el sector social, destacando la importancia de las consideraciones políticas y sociales que prevalecen en el país para lograr el proceso y sus estrategias.

En el aspecto de la planeación es posible el deducir que no se ha seguido un esquema definitivo que oriente las acciones del plan nacional de salud de una forma clara y objetiva, pues la tendencia de renovación temporal existente en el gobierno federal, impide, más por razones personales que de secuencia efectiva de cumplimiento, llevar a cabo un proceso de planeación adecuado, que conforme a lo expresado en este documento, puede afectar intereses particulares, por el simple hecho de llevar a cabo el acto puro de planear.

Los comentaristas de la Salud del país, la definen como una nación con carencias, con una dominante epidemiología transicional y una marcada movilidad de crecimiento poblacional, que obligará al país a tener que reorganizar su Sistema de Salud para esta "móvil" población. Así mismo, se apreció que sin ser un sistema perfecto, los niveles de control de enfermedad alcanzados son una buena base para seguir el modelo de sistema, cumpliendo realmente con los preceptos señalados.

El aspecto económico, fue visto de una manera sencilla, demostrando la repercusión de este aspecto sobre la Salud, al analizar los índices de salud y los niveles económicos. Resultando éstos últimos en niveles muy elevados, similares a

otros países, dificultando el alcanzar los niveles de desarrollo económico y social ideales. Contrastando con las carencias del sector público, se apreció la diferencia con el sector privado, al conocer una muestra de éste y la manera de como logra grandes ganancias sin un adecuado control, trascendiendo lo económico en lo legislativo y este en lo político, demostrando una falta de una base firme de control de programas y en consecuencia, ineficiencia e ineficacia. El aspecto cualitativo, sin mencionar o intentar cuantificarlo, se pudo inferir por las dos situaciones referidas, reflejando la falta de funcionalidad del sistema que ha adaptado siempre modelos extranjeros.

El análisis documental de los Sistemas de Salud en el mundo, mostró un paralelismo con la problemática del Sistema Nacional Mexicano, considerando costos, necesidades y políticas organizativas para el sector social, justificando que el hecho dominante, de la privatización es un proceso mundial que se cierne sobre los Sistemas de Salud como una vía de solución para eliminar los problemas de ineficiencia, ineficacia y baja calidad, resaltando que independientemente de las declaraciones políticas que niegan todo intento de privatización, esta es una necesidad basada en el esquema político puro del liberalismo social dominante, que marca muy claramente su orientación.

Se concluye que de las hipótesis elaboradas en la presente tesis, la primera resultaría de aplicarse tal como se expresa, más drástica que el momento económico que se vive actualmente, resultando, en consecuencia en una serie de protestas y manifestaciones en contra, por tratarse de una acción de agresión directa contra la sociedad, trastornando la aparente estabilidad social que desafiaría el esquema propuesto, argumentando contar con el derecho a la salud.

En el aspecto económico destaca que habría una proliferación enorme e incontrolable de servicios privados, que argumentando la libre expansión comercial, encontrarían, -yde hecho están encontrando- un mercado libre para

establecerse, considerando que en México la libertad en ejercicio de comercio en servicios de salud, es muy amplia, quedando un margen muy útil para los fines esperados en el sentido comercial.

La segunda hipótesis, contraria a la primera, centraliza la atención en el sistema gubernamental, modelo que según lo comentado, es obvio que no resultaría viable por la cuestión de costos en incremento, progresivo y constante, que acorde a experiencias de varios países no resulta jamás financieramente sano para ninguna nación, por fuerte que esta sea, refiriéndose en esto a las citas bibliográficas de sistemas de salud mundiales que así lo expresan.

Por esta razón, quizá la más importantes, el modelo de administración única gubernamental, no es factible sostenerlo a largo plazo, por lo que en vista de la necesidad, esta segunda hipótesis, se tornará en tendencia en un mediano plazo por las razones expuestas y en vista de las condiciones evolutivas de la nación.

En vista de lo anterior, la tercera hipótesis que manejó la continuidad del modelo existente es, por las razones económicas de costos, financiamiento y comodidad de gasto la más adecuada; así mismo las cuestiones políticas que conllevan a una armonía y continuidad del sistema, permiten proseguir con el mismo, que no obstante sus deficiencias y carencias, ha cumplido de forma aceptable en su objetivo de atención.

Esto se ha logrado, no obstante la falta de planeación y seguimiento de planes administrativos, tendiendo a un seguimiento no de planes sino de objetivos perdiendo la inercia que una acción planeada puede llevar, prefiriéndose en México una planeación segmentaria de pequeñas acciones más que de grandes logros o de una planeación longitudinal como en otros países y sistemas (ejemplo no adoptado en México), logrando una planeación "en puentes" quedando como en la parte inferior de éstos una gran hueco que hay que

regresar a rellenar para un soporte firme y efectivo (lease epidemiología transicional, a modo de ejemplo).

Se mencionaron los problemas críticos continuos de la planeación, definiendo de forma directa y breve la situación social, política y económica del país y su repercusión en el mundo. La realidad actual muestra demagógicamente a la salud como base del desarrollo, pero debe verse que lo contrario es lo que en realidad ocurre, pues el desarrollo es el que lleva de forma directa a la Salud por los recursos económicos que se crean conforme crece una nación, como ocurre en muchas naciones europeas que han consolidado su desarrollo y pueden tener un buen sistema de salud, noóptimo pero aceptable y con un resultado demostrable y no aparente como ocurre en nuestra nación.

Por estas razones es posible apreciar que la solución al desarrollo social no es la Salud y que el desarrollo y crecimiento de una nación debe sentarse en una base firme de crecimiento económico para crear insumos que sean de beneficio, creando una solución real y existente a una de las demandas que todo grupo humano aspira a conservar, su salud.

El Sistema Nacional de Salud no necesariamente se estabilizará en un modo conservador, sino por necesidad tendrá que evolucionar hacia la privatización gradual, como se maneja en la segunda tesis y como se mencionó en los aspectos de descentralización, siendo esta necesidad dorzada por las dimensiones del sistema, que no logrará una atención centralizada tan buena como resultaría una local y autónoma. Este proceso será muy lento, pues deben ocurrir reformas legales para su aplicación y puesta en marcha, modificando el sistema que se ha venido mencionando en esta tesis.

Además se debe tomar en cuenta que el sistema gubernamental nacional, no puede ni tiene la intención de desentenderse por completo de la administración de la salud, pues es parte de su obligación el brindar este servicio y por lo

tanto el controlarlo para el ejercicio de su capacidad de poder ante la sociedad, adoptando este modelo para mostrar labores efectivas a través de terceros, en este caso compañías privadas, que cumplirán el compromiso oficial mencionado de "Salud para Todos"

Se puede establecer que la privatización es una necesidad, más que una moda o tendencia, ante el imperioso avance económico de las naciones, que reorganiza al mundo como un todo económico, ajeno a las ideologías políticas y sociales, creando con ello el surgimiento mencionado de una nueva revolución con los cambios que causa el culto al conocimiento como factor único de poder en todo el mundo.

X

RESULTADOS

La seguridad social es una necesidad para la estabilidad política de las naciones, que al perderse, se convierte en una amenaza para la sociedad misma, prueba de ello es el movimiento huelguista organizado en Francia en el mes de Noviembre de 1995, motivado por el recorte presupuestal a programas sociales, acto que motivó un paro de diversos sectores de servicios como transporte, correos, seguridad, médicos, asistenciales y protesta de jubilados y pensionados, constituyendo el mayor paro laboral en la historia moderna (118).

En los Estados Unidos, se ha ejercido mucha presión para lograr un alivio en el gasto público en Salud, que es el más alto del mundo, tendiendo a la opción de obligar a cada individuo a ejercer su propia responsabilidad en Salud, eliminando el gasto obligatoriamente al gobierno, causando inclusive un enfrentamiento del poder ejecutivo contra el legislativo, interrumpiendo esta discusión el libre flujo de efectivo para el funcionamiento más elemental de la maquinaria burocrática estadounidense. En Argentina, las reformas al sistema de pensionados y jubilados, por razones financieras, ha causado una protesta a nivel nacional que repercute en la economía misma, teniendo como respuesta por parte del gobierno la necesidad de un sacrificio en beneficio general.

Como ejemplos, bastan para demostrar que es lo que sucede, y esto es el tener como prioridad el recorte presupuestal, por el alto nivel de gastos comentado y demostrado en el tema de costo de la salud en el sector público, mostrando un aparente incremento para beneficio general, sin una mejoría sustentable o notable.

Todo esto en apariencia no tiene relación con el sector social, pero de la estabilidad económica depende el erario público y en consecuencia el presupuesto asignado a la Salud que por las connotaciones políticas puede variar de un modo muy importante. Lo que cabe destacar en cuanto a la políticas es el cambio que ocurre en el sistema político mundial, la

ideología que todas las naciones han reproducido en su interior adoptando esa tendencia de crecimiento denominada el liberalismo social y que acorde a sus principios han hecho que su gobierno, política y economía respondan para el desarrollo nacional.

Estos principios señalan bases que consideran al país en tanto su ubicación estratégica, útil para los fines comerciales necesarios, mas que por un sentido de nacionalidad extrema (soberanía); considera al estado útil en tanto sea fuerte legalmente hablando, no con las grandes dimensiones del aparato burocrático conocido, adoptando una función de regulación de decisiones, siempre basado en el derecho (el estado); define que la sociedad, no es el grupo sino el individuo al que conviene la atención del estado, eliminando el problema de la participación generalizada para una decisión (justicia social); lo mismo que en el principio anteriores en este (libertades) se considera sólo al individuo; del mismo modo que en el quinto y sexto principio (democracia y educación) respectivamente; el séptimo punto (el campo) lo considera como una actividad más de complemento, que funcionará aplicando los mismos principios de justicia social y libertad, en otras palabras, a cada quién lo que le corresponde por atributos; el punto referente las etnias se comenta como algo conveniente a desaparecer para integrar a la sociedad moderna (los indígenas); reitera el noveno punto la responsabilidad e intereses propios del individuo, permitiéndole a este el tener casa, sustento, salud y calidad de vida, liberando al estado de la responsabilidad inherente; se concluye en el décimo principio al decir que el nacionalismo moderno es la tendencia al futuro sin ver el pasado, sentando que las experiencias más recientes son las que cuentan para una evolución nacional controlada.

Partiendo de estos principios que son la base doctrinaria del mundo político actual, se puede inferir que el sistema político controla al sector social con estos principios, que como se aprecia, se resumen en la base del individuo como eje rector de un grupo con la suficiente capacidad para

regir, ordenar y decidir por sí y para sí lo que más convenga. Crea un estado rector, que no es grande pero sí es poderoso para administrar su riqueza y recursos. Elimina el problema del paternalismo, dejando al individuo en sus responsabilidades de desarrollo, fomenta la libertad de comercio por la ganancia de grupo, con el resultado de beneficio común, no en base a esa intención, sino de una forma indirecta sino como un producto secundario. Los bienes de seguridad social, pasan a ocupar un lugar prioritario, para quién carece de ellos, brindando el sistema no los medios para alcanzarlos, ofrece las condiciones a alcanzar para obtenerlos.

De aplicarse al pie de la letra estos preceptos, lo más lógico es que una gran parte de la población que no tiene con qué procurarse lo básico no lo obtendría, suscitándose situaciones de protesta e inconformidad en extremos similares a las presentadas en otras naciones, por lo que no es recomendable hacerlo de una manera abierta como se ha llevado a cabo en los mismos países.

La forma en que se ha desenvuelto esta corriente en México, ha resultado crítica, pues es un esquema político que responde a una estructura de un país desarrollado, en edad adulta (haciendo una comparación con lo biológico) y no de una nación que por circunstancias evolutivas y de idiosincracia muy propia de herencias históricas y que se encuentra en la adolescencia, es todavía incapaz de afrontar, careciendo de la estructura mencionada para llevarlo a efecto y de los medios para autoprocursarse una estabilidad económica y política adecuada.

En consecuencia para la Salud, el beneficio, puede llegar a ser muy útil, por la apertura al cambio, descongestionando al estado de la responsabilidad financiera y administrativa de la atención a la población, centrándose éste en la función regidora propuesta por la ideología expresada, pero permitiendo una amplia participación empresarial que le facilitará la función de controlador y regulador del sector, refiriéndose tanto a funciones centrales

administrativas como a las propias del estado del interior que al descentralizarse lograría un notable crecimiento en las funciones de las que adolece y tanto necesita actualmente, el control.

La planeación de un sistema en estas bases y las propuestas a continuación, servirán, si son cumplidos los lineamientos para lograr un sistema funcional adecuado a la época y versátil hacia lo futuro, por la estructuración general y basal que debe operar y no una organización conformada por múltiples partes que planean, diseñan, ordenan, procesan, supervisan, evalúan, orientan y ejecutan haciendo el todo administrativo en su interior sin poder observar su entorno exterior.

El ordenamiento de la evolución del Sistema Nacional de Salud Mexicano será en base a los lineamientos que se han venido dando en los anteriores periodos gubernamentales, obedeciendo a leyes de planeación y de desarrollo, concertando esto en base a las posibilidades federales.

En cuanto a la prospectiva, el panorama no es muy amplio por las limitaciones propias de la burocracia establecida, que atribuye mayor autoridad al individuo que ejecuta la acción que al saber cómo hacerla. La principal cuestión a considerar sería la posibilidad de saber como utilizar toda la información disponible y recopilada del sistema de Salud par convertirla en conocimientos útiles que formarían indicadores significativos y relevantes (119) formando una verdadera economía del conocimiento a partir de su aplicación dinámica y no de su almacenamiento.

Por otro lado, el temor a la participación de un proceso de planeación por considerarlo una fase de presupuestación más que de conceptualización de hechos a futuro, impide el desarrollo adecuado, aparte de tener una visión parcial de los hechos en vista de intereses personales, económicos o políticos. Además se debe tomar en cuenta que la planeación se sitúa como una solución a problemas cuantitativos, un

reacción súbita más que prevista, una fase aislada de la toma de decisiones y un hecho a respetar por provenir de una autoridad superior.

Estas características que conjuntan la interpretación de la planeación dentro del ámbito de la Salud (y otros campos) permiten hacer una serie de recomendaciones, presentadas por Miklos y Tello (120) para desarrollar una planeación estratégica efectiva acorde a lo que se pretende:

- 1. CONSIDERAR LA BASE DEL PRESENTE HACIA EL FUTURO**
 - El futuro es un proceso múltiple e indefinido y se explica por los grados de libertad de la actividad humana.
- 2. INTEGRAR TODO LO NECESARIO HACIA LA PROYECCIÓN ESPERADA**
 - La visualización global y sistémica capta el total de las situaciones a enfrentar.
- 3. CONSIDERAR UNA REALIDAD Y EL MODO DE ALCANZARLO**
 - Incorpore los medios y las estrategias para lograr el fin deseado.
- 4. NO OLVIDAR EL PASADO HACIA UN FUTURO**
 - La reconstrucción de hechos forma base para nuevas experiencias.
- 5. INTERPRETAR ADECUADAMENTE LOS CAMBIOS**
 - Cada acción produce una reacción que al captarla es de suma utilidad para definir el efecto.
- 6. CONTRASTAR IDEAS NUEVAS Y ANTIGUAS**
 - Las nuevas tendencias no son malas pero sirve más si se comparan con viejas costumbres.

7. PREPARARSE PARA EL CAMBIO

- Toda fase evolutiva implica temor por el desconocimiento, es mejor evitarlo.

8. ESTRUCTURAR LAS BASES DEL CAMBIO

- El mostrar una base para estructurar es fundamental.

9. INCITAR A UNA PARTICIPACIÓN PARA EL CAMBIO

- El conocimiento de las novedades es mejor que la sorpresa, el permitir y compartir ofrecerá nuevas y buenas respuestas.

10. INDUCIR UNA REFLEXIÓN Y SUPERACIÓN SUBSECUENTE.

- Un cambio implica superación y mejoría, incida en este aspecto.

Estas bases de planeación permitirán ajustar al país al periodo de transición que vive como integrante de una comunidad que cambia externa e internamente, por la necesidad de nuevas ideas en áreas diferentes.

La relación de gobierno y las tareas de desarrollo nacional e internacional tanto como los intereses económicos determinantes de la conducta social, así como por la necesidad de hacer realmente eficiente al sistema contando con la autoridad necesaria y efectiva como regidor legal ante las nuevas organizaciones, preocupándose más por mantener un ritmo de crecimiento mejor que de expansión.

XI

RECOMENDACIONES

Se establecen como resultado de la revisión hecha, con la base de la investigación y las interpretaciones personales alcanzadas.

EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN SERÁ DE UN RÉGIMEN MIXTO.

El momento de transformación que ocurre en México obliga a pensar que un cambio radical como el operado en otras naciones, no sería mas que una afrenta más a la población. Considere que en el mismo periodo de elaboración de la presente tesis, ha ocurrido un incremento al nivel inflacionario, persiste la recesión económica y se ha presentado una serie de incrementos fiscales.

En base a esto el régimen que podría haber cambiado de público a privado, no logrará serlo en un mediano plazo, debiendo aguardar hasta un momento posterior al presente, en que haya estabilidad social, política y económica ajustando a las condiciones quizá no idóneas pero más aceptables para el cambio. Por lo que es más adecuado y recomendable el adoptar un Sistema de Salud con un régimen mixto de participación, esto es, compañías privadas que reciben un pago hecho por la población al gobierno para que éste administre el recurso, adoptando su papel de estado regidor, con una base legal que le otorga fuerza real para proceder a autorizar, legislar, ordenar y sancionar.

Al cumplirse esto, los principios de equidad e igualdad serán administrados justamente, recibiendo cada quién lo correspondiente acorde a sus niveles sociales, económicos y de Salud. No en la actitud discriminatoria y segregativa pero sí de organización y repartición adecuada de un recurso.

Al mismo tiempo que se delega esta obligación a empresas y se asumen mayores responsabilidades, se deberá, siguiendo el mismo modelo básico, lograr una descentralización de los estados, de una forma real y efectiva, superando las parcialidades logradas hasta el momento,

haciendo efectivo el manejo de la eficiencia y la calidad (121), así como la acción de la no dependencia del centro para alguna decisión interna de una dependencia también interna en una unidad ubicada lejos tanto en términos geográficos como en su contexto ambiental.

LAS EMPRESAS PRIVADAS SERÁN LAS ENCARRGADAS DE NOTAR EL SERVICIO .

Al adoptar la postura de gobierno regidor, la responsabilidad de las acciones y servicios de Salud serán de la iniciativa privada, adoptando el régimen necesario para el cumplimiento de las medidas que sean consideradas como útiles e indispensables para la conservación de la Salud, actuando las compañías con libertad de acción pero con la premisa básica de "Salud para todos", tomando esto como un lema a cumplir contractualmente, haciendo conciente a la población de la importancia de la Salud como un medio para un bienestar social e inclusive ante el cambio de la visión del concepto, el beneficio económico, creando una responsabilidad para las medidas adecuadas de control y prevención de las enfermedades. La estructuración es drástica, pero está orientada a ese rumbo, por la tendencia de organización social de otorgar el medio para alcanzar la meta al individuo más que al grupo, basado en los preceptos políticos característicos de los actuales gobiernos.

EL ESQUEMA DE AUTOFINANCIAMIENTO EN LAS EMPRESAS ES RECOMENDABLE .

El saneamiento financiero, esto es, pérdidas nulas y un gasto que sea comprobado por la eficiencia, efectividad y calidad, es lo que debe ser en una empresa y como tal el Sistema de Salud está obligado en beneficio propio a realizar para una alta productividad y cumplimiento de los preceptos señalados.

El continuar el esquema paternalista de otorgar todo, es una medida inútil que ha ocasionado una falta de responsabilidad social para la Salud. De eliminar los factores cambiarían para la sociedad misma, pues se tornaría autorresponsable, al menos teóricamente hablando y se eliminaría gran parte del gasto en atención curativa, invirtiendo más en preventiva que causaría un máximo beneficio, provocando de esta forma al adoptar este modo de financiamiento, una reversión del porcentaje presupuestal federal anual.

LA SALUD ES UNA CONSECUENCIA DEL DESARROLLO SOCIAL.

Como tal es uno de los puntos que se mencionan importantes para el desarrollo individual, en base a los preceptos políticos y económicos actuales, por lo que las reformas son necesidades para evolucionar, superando los rezagos y reorganizando todo lo que implica el mantener una estabilidad social que otras naciones en este momento carecen, debilitando su estructura de desarrollo, repercutiendo a futuro este resquebrajamiento. Esto no puede suceder en el país, pues el fundamento legal de la Salud marca las responsabilidades sociales y el compromiso federal hacia ella, teniendo que mantener y regir el cumplimiento y observancia de los hechos en pro del bienestar general.

EL PROCESO DE CAMBIO Y EVOLUCIÓN ES MUNDIAL.

Los cambios, reorganizaciones y reordenamientos son procesos cíclicos, necesarios en la historia y la evolución de la humanidad.

Gorostiaga (120), menciona el hecho que la velocidad de cambio y transformación en las últimas dos décadas, implican un cambio de época controlado por el cambio mismo, pretendiendo presentar la inevitable globalización de un mercado mundial con base en la privatización, competencia y libre economía, sustentando todo esto en los hechos de la

concentración del poder general, la revolución tecnológica en pos del conocimiento, el desbalance global político posterior a la guerra fría y todas las transiciones sociales, políticas y económicas que ocurren, tendiendo el mundo a la unificación de la cultura, la geocultura; democratización del mercado, generalizándolo; reorganización de pequeños productores en fuerzas mayores y la reforma y reestructuración del conocimiento como poder (figura 33) y medio para la riqueza.

Se mencionaron las revoluciones, que marcaron la superación de los medios de producción, uso de la energía y especialización de tareas, surgidas a partir de los preceptos de la consideración del hombre como un ser único y libre, con la máxima de seguir una superación personal y una disciplina en sus acciones, creciendo como un ser racional, social y con derecho a utilizar sus bienes y prerrogativas que el ser le otorga ante los demás, base del cambio cultural de hace más de doscientos años en los que se estableció el orden y el progreso como guía para la acción humana. Actualmente la siguiente revolución es el culto al conocimiento, base actual del poder y por el que la humanidad tiende a cambiar, simplificando sus labores para lograr ese culto, siguiendo la misma tendencia de orden y progreso, pero ahora en un afán de crecer, ser, lograr y transformar para alcanzar un objetivo no definido pero que tiende siempre, con la base de la naturaleza humana, a la superación.

LOS CAMBIOS QUE SE VIVEN EN EL PAÍS SON PROPIOS PARA UNA EVOLUCION .

O quizá debiera decirse, que en los momentos que vive el país es necesario un cambio. En la serie de situaciones señaladas como problemas críticos continuos en lo referente a la planeación en las sociedades, se enlistó una serie de situaciones que más parece un perfil de las sociedades modernas sugiriendo que ante estas situaciones, el cambio se presenta como inminente.

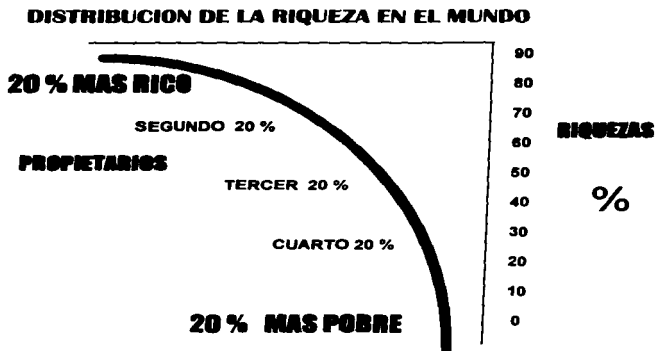


FIGURA 33
DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA EN EL MUNDO
REF: GOROSTIAGA XS.J. EL SISTEMA MUNDIAL SITUACION
ACTUAL Y ALTERNATIVAS.

Se reitera lo mencionado, de un cambio por necesidad no por moda o tendencia, debiendo moderar su velocidad para evitar un giro tan repentino y severo como el planteado, siguiendo un precepto de planeación que obliga a anunciar para informar el porqué y el cómo del proceso de cambio, estructuración y concientización del mismo.

En resumen, la cuestión principal es lograr un máximo aprovechamiento de la organización y recursos del sector así como agilizar su crecimiento y control en beneficio de la población y del sistema mismo, para afrontar la nueva etapa hacia un nuevo milenio de reformas y cambios.

EL SEGUIR UNA POLÍTICA ES CUMPLIR

Y el hacerlo a largo plazo en Salud, significará concluir adecuadamente, por el simple hecho de cumplir un programa y darle seguimiento, debiéndose evitar la ruptura entre los períodos de gobierno para el logro de una acción constante de beneficio social .

LA PLANEACIÓN EN SALUD DEBE SER A LARGO PLAZO

Esto se puede resumir en la utilidad que brinda el comparar ideas y experiencias, innovar y crear por la necesidad de lo inexistente, considerar la utilidad más por lo aplicable que por lo novedoso y que en la salud el proceso de planeación debe ser un proceso de seguimiento longitudinal que debe adecuar el sistema al hombre y no este al sistema

LA SALUD TIENE UN COSTO

La experiencia mundial indica que la salud debe ser para quien tenga la posibilidad de tenerla, no con esto se niega el derecho a la salud, solamente se reafirma el compromiso formal de que el estado moderno brinda los medios para mantenerla.

XII

CONCLUSIONES

- **LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, INTENTA SER FUNCIONAL Y PROCURA DELIMITAR LAS ACCIONES A REALIZAR EN CADA FASE, ROMPIENDO ESTE INTENTO LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA HEREDADA MISMA QUE ESTABLECE EL ORDEN DE OBEDIENCIA RESPETO Y TRADICION ENTRE LOS GRUPOS DE PODER EXISTENTES PARA LA REALIZACION DE ACCIONES, SIENDO ESTO LO DOMINANTE AUN SOBRE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA.**
- **LA DEFICIENCIA DEL SISTEMA ES LA FALTA DE ORIENTACION HACIA EL CUMPLIMIENTO DE UN OBJETIVO COMUN, LIMITANDOSE A CUMPLIR Y REALIZAR ACCIONES SOLICITADAS COMO NECESARIAS SIN QUE EXISTA UN CONTEXTO DE PLANEACION ORIENTADO CONVIRTIENDO MULTIPLES ESFUERZOS EN ACCIONES INFRUCTUOSAS.**
- **ES NECESARIO QUE SE CONCEPTUALIZE AL ESTADO MODERNO ES UN ORGANISMO QUE RIGE EN BASE AL PODER QUE LE OTORGA LA LEGISLACION ESTABLECIDA Y NO LA DIMENSION FISICA DE LA INSTITUCION POR LA QUE HACE CUMPLIR LA LEY, EVITANDO TENER QUE EJECUTAR ACCIONES, LIMITANDOSE SOLO A ORDENARLAS Y SANCIONARLAS EN EL CASO NECESARIO.**
- **EL ADOPTAR UNA TENDENCIA SEGUIDA POR OTROS PAISES CON LA MISMA EXPERIENCIA, NO SIGNIFICA TENER QUE ADAPTAR O IMITAR, ES EN OTRAS PALABRAS, RETOMAR LA EXPERIENCIA PARA FORMAR UN PROPIO SISTEMA VANGUARDISTA, TANTO POR LO ACTUAL EN SU TIEMPO Y ÉPOCA COMO POR LO ÚNICO DEL MISMO, POR SER SOLO PARA EL PAÍS EN SU NECESIDAD Y RUMBO DE DESARROLLO SOCIAL.**

- **EL MOMENTO ACTUAL ES CRUCIAL, POR ESTAR EN UN AJUSTE DEL MANEJO DE LOS SECTORES SOCIALES DE TODO EL MUNDO, QUE SE ADAPTAN A UNA NUEVA ÉPOCA DE CIVILIZACIÓN Y CULTURA BASADA EN EL CONOCIMIENTO.**
- **LA SALUD ES IMPORTANTE PERO ES MAS SANA UNA SOCIEDAD CON DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO QUE UNA SOCIEDAD SANA PERO SIN SATISFACTORES.**
- **LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL ES LA BASE DE LA SALUD FUTURA DE LA SOCIEDAD Y AL CONCIENTIZAR DE ESTO A LA POBLACION DESDE SU BASE, SE TENDRAN RESPUESTAS DIFERENTES A LAS ACTUALES.**
- **EL RETOMAR Y APROVECHAR LAS EXPERIENCIAS PASADAS, SIGNIFICARA NO PARTIR DE UNA BASE CERO, POR EL CONTRARIO, EL RETROALIMENTARSE DENOTA UN MAXIMO APROVECHAMIENTO HACIA EL FUTURO.**
- **LA INTERPRETACION DE LOS CAMBIOS SOCIALES MARCAN LA PAUTA EN LA PLANEACION Y LA ORGANIZACION DE LOS RECURSOS.**
- **EL MODELO DE PLANEACION, SI SE CONTINUA IMPORTANDO, DEBE SER ADAPTADO AL PAIS, NO A LA INVERSA, ACEPTANDO LAS DIFERENCIAS EXISTENTES.**

XIII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Naisbitt John, Aburdene Patricia. **Megatendencias 2000**. Editorial Norma. México , 1990.
2. Baena P. Guillermina. **Manual para elaborar trabajos de Investigación Documental**. Editores Mexicanos Unidos. México , 1991.
3. Bosch García Carlos. **La técnica de Investigación Documental**. Editorial Trillas. México , 1991.
4. Gómez Dantes O., Llopiz Avilés M. **Las referencias bibliográficas en los escritos médicos**. Salud Pública Mex 1988;30:760-765.
5. Miklos T. Tello M.E. **Planeación Estratégica, una estrategia para el diseño del futuro**. Editorial LIMUSA México, 1995 : 9-11.
6. Sahagún ,Fray Bernardino de. **Historia General de las Cosas de la Nueva España**. Colección Sepan Cuántos... Editorial Porrúa. México, 1979.
7. Lopez Austin A. **Los rostros de los Dioses Mesoamericanos**. Arqueología Mexicana. INAH, México, 1996; 4:6-20.
8. Muriel J. **Hospitales de la Nueva España**, Editado por la UNAM-Cruz Roja Mexicana, México , 1990
9. Sepúlveda, Bernardo (Coordinador). **Seminario sobre problemas de la medicina en México**. Ortíz Monasterio F. (autor). **Historia de la Medicina Privada en México**. Memorias editadas por El Colegio Nacional. México, 1982:472-485.
10. López de Escalera Antonio. **Diccionario Biográfico e Histórico de México**. Editorial Magisterio. México, 1962.
11. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Editorial Porrúa. México, 1985.

12. **Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México , 1994; Tit. 3o. Art. 24.**
13. **Ibidem**
14. **Rosado Muñoz J. Proceso de reprivatización en México. Oficina de asesores del C. Secretario de Salud. Secretaría de Salud. México 1993**
15. **Roemer M I. National health systems of the world. The issues. Oxford Press. England, 1993 (2): 320-37.**
16. **Op. cit. Naisbitt... páginas 3-5.**
17. **Fernández Soriano Gabino et al. Economía Política, principios y aplicaciones. Editorial PERALSA. México, 1973: 79-85.**
18. **Banco Mundial, Informe Sobre el Desarrollo 1993. Invertir en Salud, Indicadores del Desarrollo Mundial Washington 1993. Páginas 84-85.**
19. **Ibidem. Página 317.**
20. **Ibidem. Página 30-31**
21. **Informe anual de labores Secretaría de Salud. México, 1995; 1: 11-12.**
22. **Op cit. Banco Mundial... páginas 23-25**
23. **De la Fuente M. J. R. El Perfil de Salud en México. Secretaría de Salud, 1995.**
24. **Op. cit. Banco Mundial... páginas 32-33.**
25. **Ibidem. Página 2.**
26. **Op cit. De la Fuente... página 6.**

27. Op cit. Informe anual de labores...página 12.
28. Wehrich H. Koontz H. Administración, una perspectiva global. Editorial Mc Graw-Hill. 10a. Edición: 38-40.
29. Hodara J. Los Estudios del Futuro. Editado por Instituto de Banca y Finanzas. México, 1984.
30. Ibidem...páginas 33-90.
31. Ozbekian Hasan. Toward a General Theory Planning. Edited by University of California in Los Angeles. California, United States of America, 1974.
32. Barbieri Massini E. La Previsión Humana y Social. Estudios Sobre los Futuros. Centro de Estudios Prospectivos de la Fundación Javier Barros Sierra A.C. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
33. Huascar Taborga T. Concepciones y Enfoques de la Planeación Universitaria. Cuadernos de Planeación . U.N.A.M., 1980. No.2.
34. Op cit. Miklos T. Tello M.E. Planeación Estratégica, una estrategia...
35. Valdes Olmedo C. Sobre la Naturaleza de la Planeación en Salud. Cuadernos Técnicos de Planeación, Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud, México, 1984; 1 (5)
36. Valdes Olmedo C. Bases Legales de la Planeación. Cuadernos Técnicos de Planeación. Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud. México, 1984; 1(3).
37. Op cit. Wehrich H. Koontz H. Páginas 227-240.
38. Ibidem...página 20.
39. Op. Cit. Banco Mundial. Páginas: 18-37

40. Op Cit De la Fuente.Página 1.
41. Ibidem.Página 25.
42. Ibidem.Páginas 25-27.
43. Op Cit. Banco Mundial...páginas 323-325.
44. Ibidem.Páginas 24-28.
45. Ruiz de Chávez M. Et al.El enfoque de la Salud como sector social y económico.Editado por Secretaría de Salud. México,1988.
46. Op cit.Banco Mundial...páginas 53-60.
47. Presupuestos Autorizados 1992-1994.Oficialía Mayor.Secretaría de Salud.
48. Op cit. De la Fuente...páginas 20-24
49. Anuarios Estadísticos 1991, 1992, 1993, 1994,1995. Subsecretaría de Planeación. Dirección general de Estadística e Informática.Secretaría de Salud.
50. Procuraduría Federal del Consumidor. Nota Ejecutiva Sobre Servicios de Hospitalización. México,1995.
51. Procuraduría Federal del Consumidor.Estudio del Mercado de Laboratorio de Análisis Clínicos y Radiológicos.Dirección General de Prácticas Comerciales.México,1994.
52. Procuraduría Federal del Consumidor.Informe de la PROFECO sobre la Comercialización de Productos Farmacéuticos.México,1994.

53. Heckel N I; Cains G S. Disposiciones sobre la salud en las constituciones del mundo. Salud Pública Méx., 1986; 28: 465-472.
54. Valdes Olmedo C; Ruelas Barajas E. Innovaciones en los Sistemas de Salud: una perspectiva Internacional. Editorial Panamericana-FUNSAUD. México, 1995: 16-17.
55. Programa Nacional de Salud 1983-1988. Editado por el Poder Ejecutivo Federal. México 1983.
56. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Editado por el Poder Ejecutivo Federal. México 1983.
57. Programa Nacional de Salud 1990-1994. Editado por la Secretaría de Salud. México 1990.
58. Evaluación del Programa Nacional de Salud 1983-1986. Editado por la Secretaría de Salud. México. 1986
59. Op cit. Programa Nacional de Salud 1990-1994... página 25.
60. Ibidem.
61. Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000. Editado por el Poder Ejecutivo Federal. México 1995: IX-X.
62. Proyecto de Reforma del Sector Salud, 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal. México, 1995 SSA.
63. De la Fuente M.J.R. El Perfil de Salud en México. Secretaría de Salud, 1996
64. Oviedo Arce J. El proceso de Descentralización en la SSA. Conferencia dictada en la Dirección General de Medicina Preventiva, Octubre de 1996

65. Rosado Muñoz J. Algunos conceptos sobre la Revolución Industrial. Oficina de Asesores del C. Secretario de Salud. México, 1993.
66. Ibidem
67. Rosado Muñoz J. Las Revoluciones Industriales y su influencia en el comportamiento de la Atención Médica. Oficina de Asesores del C. Secretario de Salud. México, 1993.
68. Rosado Muñoz J. Combinación de Servicios Públicos y Privados de Salud, Paradigmas Culturales y Organizacionales en la Historia de México. Oficina de Asesores del C. Secretario de Salud. México, 1993.
69. Op.cit. Sepúlveda B... páginas 495-507.
70. Documento de Información y Conclusiones de la reunión interregional "La mezcla pública y privada en los Sistemas de Salud y la Función de los Ministros de Salud. Organización Mundial de la Salud. México, 1991.
71. Solari A. Experiencias innovadoras en los Sistemas de Salud de América Latina, Situación Actual y Perspectivas. Innovaciones en los Sistemas de Salud. Editorial Panamericana-FUNSAUD. México, 1995: 177-196.
72. Bengoa R. Experiencias Innovadoras en los Sistemas de Salud de Europa Occidental, Situación Actual y Perspectivas. Innovaciones en los Sistemas de Salud. Editorial Panamericana-FUNSAUD. México, 1995: 168-176.
73. Mac Pake B. Experiencias Innovadoras en el Sistema de Salud Inglés, Situación Actual y Perspectivas. Editorial Panamericana-FUNSAUD. México, 1995; 159-168.
74. Roemer M I. National Health Systems of the World. The Countries. Oxford Press. England, 1993. Australia; Y: 170-177.

75. *Ibidem*... Japan, I:153-161.
76. **Financing Health Services in Developing Countries:An Agenda for the Reform.**A World Bank Policy Study.Washington,1991.
77. **Hastings J.E.F. Experiencias innovadoras en el Sistema de Salud Canadiense,Situación Actual y Perspectivas.Innovaciones en los Sistemas de Salud.**Editorial Panamericana-FUNSAUD. México,1995:139-157.
78. **Vogel E.D. Experiencias Innovadoras en el Sistema de Salud Estadounidense ,Situación Actual y Perspectivas.Innovaciones en los Sistemas de Salud. Editorial Panamericana -FUNSAUD. México,1995: 109-157**
79. **Cohen LR;Noll RG.Privatizing public research. Sci-Am. 1994. SEP; 271 (3):72-7.**
80. **Roemer M I.Recent health system development in Poland and Hungary.J.Community- Health.1994. Jun;19(3):153-63.**
81. **Creese A.Global trends in health care reform.World Health Forum.1994;15(4):317-22.**
82. **Diderichsen F.Market reforms in Swedish health care:a threat for salvation for the universalistic welfare state? Int J Health Serv.1993;23(1):185-8.**
83. **Miettinen M;Miettinen S.The future of public health care hospitals.Sairaanhoitaja.1993(1):24-6**
84. **Clark R E;Dowart R A;Epstein S S.Managing competition in public and private merntal health agencies:implications for services and policy.. Milbank Q.1994;72(4):653-78.**
85. **Bradshaw G;Bradshaw P L.Competition and efficiency in health care,the case of the British Health Care Service.J Nurs Manag.1994 Jan ; 2(1):31-6.**

86. Stirling S L;Wadsworth M E.The changing pattern of inpatient care.J Public Health Med.1995.Mar;17(1):51-6.
87. O'Reilly M.The privatization of Canadian health care is moving into high gear.Can Med Assoc J.1995 Jun 1;152(11):1877-8.
88. Korcok M.takeover of Ontario Blue Cross may be sign MD's will soon face US style managed cares. Can Med Assoc J.1995 May 15;152(10):1672-5.
89. Blasszauer B;Hazafi K.Hungary as an aging society. Cent Eur J Public Health. 1994 Dec; 2(2):115-7.
90. Skowronska R;Dawydzik L T.The sanitary inspection in the conditions of social and economic transformation in Poland.Int J Occup Med Environ Health.1994;7(3):221-4.
91. Ham C;Maynard A.Managing the NHS market.BMJ.1994 Mar 26;308(6932):845-7.
92. Hewison A.Ethical health care management:is it possible? J Nurs Manag.1995 Jan; 3(1):3-9.
93. Orr J G.Nursing education in the private sector.J Adv Nurs.1993 Mar;18(3):471-8.
94. Wilsor R L Jr.Community care,competition and coercion:a legal perspective on privatized mental health care.Am J Law Med.1993;19(1-2):145-175.
95. Heath S.The creeping privatization of NHS prescribing (Editorial)BMJ 1994 Sep 10;309(6955): 623-4.
96. Collins C;Green A.Decentralization and primary health care:some negative implications in developing countries.Int J Health Serv.1994;24(3) 459-75.

97. Giffin K. Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. Soc Sci Med. 1994 Aug; 39 (3):355-60.
98. Estes C L. Swan J H. Privatization, system membership, and access to home health care for the elderly. Milbank Q. 1994 ; 72(2):277-98.
99. Banooob S N. Private and public financing-health care reform in eastern and central Europe. World Health Forum. 1994; 15(4):329-34.
100. Vienonen M A; Wlodarczyk W C. Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw? World Health Stat Q. 1993; 46(3): 166-9.
101. Ryan M. Health care in Moscow. BMJ 1993 Sep 25;307(6907):782-4.
102. Forder A A. Lowbury lecture. Infection control-a challenge in a land of contrasts. J Hosp Infect. 1993 Jun;24(2):87-94.
103. Woiceshyn G. We should privatize health care (letter). Can Med Assoc J. 1994 Aug 1;151(3):272.
104. Farrell G. Private health care: how much choice? Contemp-Nurse. 1993 Aug;2(2):94-5.
105. Slunsky R. Private insurance in Austria. Cesk-Gynekol. 1993 Sep; 58(4): 214-5.
106. Ryman A. Everything can be subject to competition. Vardfacket. 1993 Feb 25; 17(4):8.
107. Roxstrom C. Stockholm's models-South in the city they defend themselves against privatization. Vardfacket. 1993 Feb 11;17(3):6.

108. Vargas Fuentes M. The privatization of public services. The case of health services in Costa Rica. *Salud Publica Mex.* 1993 Mar-Apr;35(2):186-93.
109. Head S. Privatization of NHS prescribing (letter) *BMJ* 1994 Oct 8; 309 (6959):957.
110. Wyman M; Feeley J; Brimacombe G; Doucette K. Core and comprehensive health care services: 4. Economic Issues. *Can Med Assoc J.* 1995 May 15; 152(10):1601-4.
111. Drucker P. Gerencia para el Futuro. El decenio de los noventa y más allá. Editorial Norma. Colombia, 1993:37-41.
112. Escandón Cusi P. El sector privado en la procuración de la salud en México hacia el año 2000. Editado por Distribuidores de productos farmacéuticos de México. 1994.
113. Op.cit .Drucker... páginas 312-348
114. Rosado Muñoz J. Tratado de Libre Comercio y Salud. Oficina de Asesores del C. Secretario de Salud. México, 1993.
115. Solís Soberón F. La cultura del seguro de responsabilidad civil. Panel 11.2. Reunión sobre el ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial. Secretaría de Salud. México, 1993.
116. Velázquez J. Los efectos jurídicos de la falta de pericia en la práctica médica. Panel 11.1 La responsabilidad médico legal en México. Secretaría de Salud. México, 1993.
117. Powell W. Not without a fight. *Newsweek.* 1995 Dec 11:10-21.
118. Drucker P. La sociedad post capitalista. Editorial Norma. Colombia, 1994.

119. Op Cit. Miklos T;Tello M E;Planeación prospectiva,una estrategia para...
120. De la Fuente J R. Hacia la Reforma del Sistema Nacional de Salud.Video de conferencia.Facultad de Medicina,Universidad Nacional Autónoma de México. Noviembre 23,1995.
121. Gorostiaga X, S J.El Sistema Mundial: Situación Actual y Alternativas. Colección El Mundo Actual. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. México 1995.