

43
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

ANALISIS Y PERSPECTIVA DEL PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000

T E S I N A

PARA OBTENER EL GRADO DE: LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y ADMINISTRACION PUBLICA (ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION PUBLICA)

P R E S E N T A : CRISTINA ESTRADA CARRILLO

Asesorado por Lic. Miguel Ángel Márquez Zarate

ASESOR: LIC. MIGUEL ANGEL MARQUEZ ZARATE.



MEXICO, D. F.

MARZO DE 1998.

259593

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A mis Padres:

- * Nieves Carrillo González*
- * Ernesto Estrada González

Por su invaluable cariño, apoyo y dedicación.

A mis Hermanos:

- * Juan Carlos
 - * Alicia
 - * Graciela
 - * Lucia

Como una muestra de gratitud, por haberme llenado de ánimo en los momentos que más los requerí.

A mi Hija:

- * Diana Laura

Por haber sido el motivo de impulso que me llevó a culminar esta investigación.

A todos mis amigos, en especial:

- * Hugo Flores Hernández
- * César Vázquez Pano
- * Judith Hernández Mora
- * Josefa Ortíz Sánchez

Por sus palabras de aliento para culminar este proyecto.

A mis compañeros de la X Generación de educación continua

A todos mis profesores que contribuyeron a mi formación profesional,
en especial a:

- * Miguel Ángel Márquez Zárate
- * Carlos Domínguez Trejo

CONTENIDO

Página

PROEMIO

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

- | | |
|--|----|
| 1.1 Bases conceptuales de Estado, gobierno, administración pública y salud | 1 |
| 1.2 Administración de la salud | 8 |
| 1.3 Enfoques eficientista y sistémico | 13 |

2. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

- | | |
|---------------------------------------|----|
| 2.1 Evolución del sistema de salud | 15 |
| 2.2 Diagnóstico de la salud en México | 23 |

3. PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000.

- | | |
|-----------------------------------|----|
| 3.1 Origen, objetivos y ejecución | 33 |
| 3.2 Logros relevantes 1996-1997 | 38 |
| 3.3 Evaluación | 42 |

Conclusiones 44

Bibliografía 47

Anexos 52

PROEMIO

La salud es uno de los aspectos fundamentales con los que debe contar cada individuo para alcanzar su desarrollo personal, profesional y social, no obstante, la aparición y propagación de enfermedades infecto-contagiosas como el (SIDA, cólera) gastro-intestinales, crónico degenerativas, etc., aunado a la sobrepoblación han propiciado la insuficiencia de atención por parte de las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud.

Ante esta situación los servicios de salud a la población, en nuestro país, se han organizado en tres segmentos para su impartición:

- a) los que tienen acceso a los servicios que otorgan las instituciones de seguridad social a su población derechohabiente, (IMSS, ISSSTE fundamentalmente).
- b) los que son cubiertos por los servicios que ofrece la Secretaría de Salud a la población no asegurada.
- c) los que acuden a los servicios privados de salud.

A pesar de los esfuerzos conjuntamente realizados por las instituciones de salud públicas y privadas, existe un segmento de población que no tiene acceso a ninguno de los servicios de salud. (Cerca de 10 millones de personas).

En un país como México, en el que aún persisten rezagos sociales, el Gobierno tiene la responsabilidad de convertirse en el principal y en ocasiones, el único promotor del desarrollo humano y en su gestión pública, de acuerdo a las modernas corrientes de la búsqueda de satisfactores sociales; establece una conexión más estrecha entre la política económica y la social, la cual está íntimamente relacionada con la esfera de la justicia en una sociedad compleja como la nuestra.

Dentro de la gama de respuestas a la problemática emanada de la no satisfacción total de las demandas sociales en materia de salud, y en el marco del llamado nuevo federalismo, la descentralización de los

servicios de salud a la población abierta, continua el proceso iniciado de la década pasada como una posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud, capaces de responder con mayor agilidad y eficiencia a las necesidades de salud propias de cada región.

Asimismo, para fortalecer y complementar los servicios de salud, al iniciarse el presente sexenio, se implementaron algunos programas de mejoramiento de la gestión administrativa federal, estatal y municipal. El eficaz cumplimiento de los programas se hizo depender fundamentalmente del funcionamiento de los **Comités de Salud**, mismos que se constituyeron en la base administrativa de la estrategia a seguir para su adecuado desarrollo, así como la aplicación racional de los recursos asignados para cada uno de los programas. Entre estos programas se encuentra el denominado **Reforma del Sector Salud 1995-2000**.

Como parte central de esta investigación, me concentre en los avances logrados durante los años 1996 y 1997, puesto que su objetivo fue el subsanar y mejorar los servicios que se brindan a la población abierta, conformada por aproximadamente 10 millones de personas. Es de mencionar como punto de partida que para dicho programa se tenía una estructura y unas bases específicas de carácter administrativo, mismas que si son aplicadas adecuadamente por las instituciones encargadas para tal fin, ayudarían a abatir el problema de la falta de atención a la salud para la población abierta.

El Programa, objeto de nuestra investigación, entre otros aspectos, pretendió y pretende todavía resolver el centralismo con que vinieron operando los servicios de salud, casi desde la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud. . Puesto que ni con la realidad epidemiológica bien definida, ni con los profundos cambios políticos que ha experimentado el país, se ha dado viabilidad una estructura centralista de tan grande magnitud. En el programa en cuestión, se plantea que la descentralización del sistema es inaplazable.

Por otro lado, es reconocido y demostrable con datos estadísticos oficiales que la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente

y que la calidad de los mismos no ha alcanzado los niveles esperados, ya que si bien es heterogénea y más amplia, no con ello satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello, a los largo de nuestro trabajo y como conclusión indicamos que se hace necesaria una mejor coordinación programática y funcional.

En suma, debido a la presencia demostrable de calidad insuficiente en la prestación de los servicios, duplicaciones en las funciones entre los órganos encargados de proporcionarlos, el centralismo administrativo todavía presente, y la cobertura limitada en lo referente a la protección de la salud de la comunidad demandante, es posible localizar y jerarquizar los principales retos y la razón por la cual el Gobierno Federal, con base en un proceso de planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma del Sector Salud.

Con la reforma de la actual administración no sólo se buscó poder resolver en el corto plazo los problemas señalados, sino que se pretendió sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, el gasto federal en materia de salud.

Con este panorama descrito en forma breve, nos planteamos como objetivo de la investigación que ahora culminamos, demostrar que cualquier programa administrativo puede ser válido para mejorar los servicios de salud, siempre y cuando se anteponga el uso eficaz y racional de los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos y de información que existen o que se dispongan.

También se buscó revisar el esquema, el impacto y los avances obtenidos hasta la fecha con el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, para aportar elementos que coadyuven a su mejor aplicación a fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población y dar una perspectiva general en cuanto a los que se puede esperar de los objetivos planteados en el Programa.

Para nuestra investigación se determinó como objeto de análisis el período de 1996-1997, debido a que fue cuando se aprobó y que dos

años son un tiempo representativo para realizar el estudio de lo realizado.

El procedimiento de nuestra investigación incluyó el cumplimiento de los pasos mínimos para estudiar si nuestro postulado indicado en el objetivo podía o no cumplirse. Específicamente se recopiló información sobre el tema usando fuentes oficiales, misma que se complementó con datos obtenidos periódicos y revistas publicadas en el Distrito Federal durante los dos años objeto de nuestro estudio. Posteriormente se analizó lo obtenido para seleccionar lo que consideramos útil y manejable como profesionales de la administración pública. Por último se procedió a redactar varios borradores de nuestro documento hasta culminar con lo que aquí presentamos, que en resumen es como sigue:

1. Se delimitó el marco conceptual que nos dio la base sustancial del trabajo en cuanto a la importancia de la salud en el ámbito de la administración pública. Ya que la salud es un derecho esencial del hombre contemporáneo y, como tal, una condición para asegurar el fortalecimiento de la democracia, la gobernabilidad de las naciones y la legitimidad de los Estados.

2. Se analizaron los antecedentes y la situación actual del sistema de salud en México, con su evolución y su conformación. Asimismo se expusieron datos sobre este proceso. Un diagnóstico de la salud, refiriéndonos a algunos factores determinantes de ésta como lo son: la demografía, la educación, la vivienda, la economía, entre otros. A través del análisis de los datos registrados nos percataremos que se necesita combatir cada uno de estos puntos para que en su conjunto pueda darse un cambio estructural en el sistema de salud.

3. Se estudio el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, como instrumento para mejorar el nivel de salud de la población, analizando sus orígenes, objetivos y logros; detallando cada una de las acciones relevantes realizadas hasta el mes de agosto del año de 1997. Terminando con una evaluación del Programa.

Finalmente, en una sección aparte se describen las conclusiones a las que llegue después de haber analizado los avances del **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**. y una propuesta

referente a crear una conciencia de servicio entre los integrantes del equipo de salud.

Cristina Estrada Carrillo
Diciembre de 1997.

I.- Marco Conceptual de la Administración de la Salud

1.1. Bases Conceptuales de Estado, Gobierno, Administración Pública y Salud

Para el presente trabajo es fundamental detallar algunos conceptos, no sin precisar en primer término el concepto de Estado pues en él recae el quehacer de la Administración Pública. Existen varios autores de diferentes corrientes y pensamientos que lo definen por lo que solamente mencionaremos algunos.

Para Federico Engels el Estado presupone 'un poder público particular, separado del conjunto de los respectivos ciudadanos que lo componen'.¹

Carlos Marx, lo concibe como 'un aparato de dominación de una clase sobre otra... Habla de sociedades modernas, en las cuales un sector organizado de la comunidad dirige, como instrumento de dominación, los bienes del pueblo'.²

Nicos Poulantzas lo define como un órgano que busca conciliar el conflicto entre las clases para mantener unida y equilibrada a la sociedad. No representa directamente los intereses económicos de las clases dominantes, sino sus intereses políticos: es el centro del poder político de las clases dominantes, al ser el factor de organización de lucha política.³ Es decir, que señala al Estado como aquella institución que busca el bienestar para la sociedad, y para mantener su existencia.

El concepto de Estado moderno se va conformando con el pensamiento renacentista del Siglo XVI basado en una concepción humanista, posteriormente, en el Siglo XVIII con la ideología liberal y

¹ Federico Engels, El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado, p. 94.

² Carlos Marx, El manifiesto del partido comunista, p. 48.

³ Nicos Poulantzas, El poder político y las clases sociales en el Estado capitalista, p. 58.

los preceptos de igualdad y libertad se genera un marco constitucional que regula la convivencia de la sociedad que lo integra.

Así, Max Weber define al Estado moderno como la "...unidad de dominación, de índole institucional, cuyos fines, con éxito en los resultados ha sido monopolizar como medio de dominación, la legítima violencia física dentro de su territorio...apoyada en una base legal, que da por cierta la validez de preceptos legales en razón de su competencia objetiva fundamentada en las normas establecidas conforme a la razón, mejor dicho en la orientación hacia el acatamiento de las obligaciones instituidas conforme a derecho".⁴ De acuerdo a esta caracterización el Estado se sirve del gobierno, la administración y las leyes para lograr mantener su existencia, destacando al marco jurídico emanado de la razón y que legitima el uso de la violencia como dominación.

Weber nos señala que "el desarrollo del Estado moderno inicia a partir de la apropiación de bienes que se pueden aprovechar para fines políticos por lo que ejerce su atribución de separación del cuadro administrativo, esto es, empleados u obreros de la administración y medios materiales y económicos de la misma...reuniéndolos a disposición de su dirigente, expropiando a todos los funcionarios, que por derecho propio disponían de ellos y substituyéndoles con sus propias superioridades jerárquicas".⁵

Entre algunas de las atribuciones del Estado moderno está la de gobernar la esfera de la vida política con el fin de crear la convivencia armónica del individuo en sociedad, regulada por un marco jurídico, a través de principios de equidad y justicia. Por tanto, en la sociedad moderna, al igual que en otras épocas los problemas sociopolíticos son parte integrante de las relaciones del hombre en la comunidad, marcándole con ello las formas que debe cumplir el Estado en cuanto a su búsqueda del bien común basado en el desarrollo de capacidades, que a base del consentimiento de la sociedad moderna, permite la

⁴ Max Weber, El político y el científico, p. p. 9-12.

⁵ *Ibidem*, p.12.

governabilidad "...y el acuerdo de los individuos como particulares permite la adopción de fórmulas para la pervivencia del bien común".⁶

Las demandas de la sociedad influyen sobre las funciones del Estado moderno, quien "...da cuenta de que la vida pública es una suma de organizaciones, grupos e individuos a los que hay que conducir con base en la pluralidad y respeto".⁷

La concepción y el papel del Estado se transforman constantemente debido a la dinámica social, la cual influye para que su acción se reestructure, así el buen funcionamiento y "... poder eficaz sólo puede acrecentarse en la medida en que no gobierna distante de la sociedad",⁸ en este sentido, se encuentra ligado al desarrollo y bienestar de la sociedad mediante una acción basada en valores de equidad y eficiencia, es decir, del buen gobierno y la administración de recursos.

Por su parte, Gabino Fraga define la actividad del Estado como: "...el conjunto de actos materiales y jurídicos, operaciones y tareas que realiza en virtud de las atribuciones que la legislación positiva le otorga. Esas atribuciones son:

1. de mando, de policía o de coerción, e incluyen la salud y el orden público;
2. regulación de las actividades económicas;
3. la de crear los servicios públicos necesarios; y,
4. para intervenir en la vida económica, cultural y asistencial del país".⁹

La función administrativa la realiza el Estado por medio del poder ejecutivo, siempre para alcanzar los fines sociales bajo un orden jurídico.

⁶ Ricardo Uvalle Berrones, Los nuevos derroteros de la vida estatal, p. 68.

⁷ Ricardo Uvalle Berrones. "El nuevo papel del servicio público en la acción gubernamental", Revista Enlace, p.36.

⁸ Ídem.

⁹ Gabino Fraga, Derecho Administrativo, p. 44.

Continuando con la conceptualización de Estado se puede decir que la administración y el gobierno se reúnen, la primera para efectuar la ejecución de las leyes y el segundo para vigilar y censurar esta ejecución;¹⁰ ambos son parte fundamental de este poder, ya que son los medios con los cuales se realiza la búsqueda de un mayor bienestar de la sociedad, y por ende la permanencia del Estado.

Una de las más importantes contribuciones en cuanto a gobierno se refiere es la que realiza Montesquieu al proponer la división del gobierno en tres poderes: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. En su obra clásica *El espíritu de las leyes*¹¹ trata de explicar la relación entre príncipe-súbditos a través de las costumbres, características físicas y sociales de cada país, pues existe una diferencia entre cada una de las regiones que lo componen.

Por su parte, Rousseau en su obra *El Contrato Social* nos dice que "...la desigualdad es inevitable entre los hombres por lo cual es necesario desarrollar un Contrato Social para evitar la teoría del más fuerte, ya que la fuerza excluye al derecho. Un gobierno legítimo es el resultado de un acuerdo social y propone dos poderes: el Legislativo y el Ejecutivo.¹²

Con base en los elementos antes mencionados se puede definir al Estado como un órgano conformado por diferentes elementos: territorio, población y poder público, donde existe dirección de organización política de grupo o clase, fundamentada en un marco legal, en el consenso y en la legitimidad de las acciones que lleva a cabo, con el objetivo de alcanzar el bien común de la sociedad. Estas acciones se deben realizar a través de un trabajo eficiente, tanto de gobierno como de administración.

Ahora bien, si tomamos en cuenta los hechos históricos relacionados con la Administración Pública podremos apreciar que una definición de la misma es sumamente difícil. Sin embargo, es necesario intentarla porque nos conduce a un análisis de sus

¹⁰ J.C. Bonnin, "Principios de Administración Pública", Revista *Administración Pública*, p. 98.

¹¹ Montesquieu. *El espíritu de las leyes*, p. p. 21-36.

¹² Juan Jacobo Rousseau, *El Contrato Social*, p. p. 17-28.

elementos y a sus interacciones, además nos ayuda a comprender su impacto en el campo de la salud. Objeto del presente trabajo de investigación.

Entre las definiciones más comunes se encuentran la de Dwight Waldo quien dice que es "la organización y administración de los seres humanos y de materiales para lograr los propósitos del gobierno" o "el arte y la ciencia de la administración aplicada a los asuntos de Estado".¹³

Galván Escobedo dice que es "la ley en acción; la parte ejecutiva y que conjuntamente significan servir; lleva implícito que es una actividad cooperativa para ese propósito".¹⁴

Muñoz Amato dice que "es un movimiento en acción y de reforma con el propósito de perseguir implacablemente la corrupción y la ineficiencia".¹⁵

Para Félix y Lloyd Nigro, la Administración Pública es "...un esfuerzo cooperativo para dar servicios en las ramas ejecutiva, legislativa y judicial, así como en sus interrelaciones".¹⁶ Dado que tiene un papel importante en la formulación de la política pública, se le considera como parte del proceso político. También mencionan que aun cuando sea diferente de la administración privada, se asocia con ella para proveer los servicios que la comunidad requiere.

George J. Gordon dice que la Administración Pública comprende "...procesos, organizaciones e individuos que actúan en forma oficial para aplicar leyes y otras disposiciones establecidas por el poder legislativo, el ejecutivo o el judicial".¹⁷

Leonard White escribió en 1950 que la Administración Pública consiste en "...todas aquellas acciones que tienen como propósito

¹³ Waldo Deight, Diccionario de Ciencia Política y Administración Pública, p. 35.

¹⁴ Galván, E. Op. cit. p. 48.

¹⁵ Amato Muñoz, Op. cit. p. 71.

¹⁶ Nigro, Lloyd y Félix, Op. cit. p. 83.

¹⁷ George J. Gordon, Op. cit. p. 53.

satisfacer y hacer cumplir la política pública... La Administración Pública es el resultado de leyes, prácticas, relaciones, códigos y costumbres que prevalecen en un tiempo y lugar determinado".¹⁸

Michael Harmon define a la Administración Pública con base en su Teoría de la Acción y nos dice que "...es una categoría de la práctica social que tiene un campo académico y un estudio consciente de la práctica".¹⁹ Es importante enfatizar su interés por la práctica social a cargo de instituciones responsables que buscan un propósito público o bien que son responsables de la voluntad del Estado. La Teoría de la Acción abandona la dicotomía hechos-valores, establecida como paradigma en las ciencias sociales, en favor de un análisis que relacione la teoría y la práctica.

Las definiciones anteriores tienen algunos elementos comunes: la formulación y aplicación de la política pública que ha sido especificada por el poder Legislativo o por el Ejecutivo. En todas ellas queda implícito que la Administración Pública es diferente a la Privada.

Para la Administración Pública, son de vital importancia las relaciones y medios de conservación de los individuos en comunidad, así como, la forma de ejecutar las leyes que regulan ante una sociedad multifacética, lo que implica una visión y destreza en su acción, ya que es "ciencia para poner en la clara la teoría de las relaciones sociales y arte cuando tiene por objeto la práctica de esta teoría para la aplicación de las leyes".²⁰

Al ejecutar las leyes, provee al individuo de plena seguridad para preservar su libertad sin traspasar los límites de sus derechos, ya que es del interés público e individual hacerlos valer; solo cuando tiene una conciencia clara y una aplicación eficiente, la administración logra el beneficio social buscado por el Estado moderno.

Asimismo resulta importante conceptualizar a la salud. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, "la

¹⁸ Leonard White, Op. cit. p. 95.

¹⁹ Harmon, Michel. Op. cit. p.57.

²⁰ J.C. Bonnin, Op. cit., p. 92.

salud, es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental".²¹

Alejandra Jablonska nos dice que la salud hay que entenderla como "...resultante del éxito del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente humano total, adaptación que presupone un estado de equilibrio, de armonía entre el organismo y el ambiente. Un enfoque ecológico o epidemiológico constituye, un avance respecto de la concepción biologicista de la salud orientada a la curación y al restablecimiento de las capacidades productivas del individuo".²²

La noción de la causalidad de la epidemiología²³ tiene serias limitaciones, puesto que se abstiene de indagar las causas profundas de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad, constatando sólo regularidades empíricas con las que se presentan ciertos factores en relación con un tipo determinado de enfermedad.

Cabe señalar que la salud no puede ser concebida en forma estática, ya que forma parte de procesos sociales más amplios, que cambian constantemente y determinan sus variaciones.

Nuestra base conceptual se cierra con el concepto de Salud Pública y Servicio de Salud, en relación al primero, el profesor Winslow en 1920 expuso la siguiente definición "... es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental (eficiencia) a través de el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación del individuo en principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad, así como el desarrollo de una maquinaria social que asegure a cada

²¹ Alejandra Jablonska, "La política de salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo". Revista Sociedad y Política, México. p. 92.

²² *Ibidem*. Op. cit., p. 107.

²³ *Ibidem*. Op. cit., p. 12.

individuo en la comunidad un standard de vida adecuada para la conservación de la salud".²⁴

Finalmente, un servicio de salud es "...una empresa pública, pública porque sirve a una comunidad y es empresa porque tiene, o debe tener, objetivos y metas de carácter técnico establecidos en todos los niveles, que deben cumplirse con economía y eficiencia."²⁵

Cuando los procesos de salud conciernen a las colectividades humanas, se habla de salud pública. Debe considerarse la creación de una infraestructura social que promueva el buen estado de salud del total de habitantes de una comunidad, a partir del concepto de salud pública, incluyendo: dotación de agua potable, caminos, energía eléctrica, educación, salarios, adecuados y aquello que sea de utilidad para elevar el nivel de vida de la sociedad en general.

1.2. Administración de la Salud

En un país como México, en el que aún persisten rezagos sociales, el Gobierno tiene la responsabilidad de convertirse en el principal y en ocasiones, el único promotor del desarrollo humano y en su gestión pública, de acuerdo a las modernas corrientes de la búsqueda de satisfactores sociales; establece una conexión más estrecha entre la política económica y la social, la cual está íntimamente relacionada con la esfera de la justicia en una sociedad compleja como la nuestra.

La administración de las instituciones de salud, requieren un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas que a la manera de un proceso armónico, proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios.

Si bien es cierto que consideramos a la aptitud para administrar, como una cualidad vital para toda institución (empresa), es necesario

²⁴ J. Jhon Hanlon, Principios de Administración Sanitaria, p. 123.

²⁵ Bustos, Administración en Salud, p. 15.

situarla desde un principio dentro de un marco de referencia que circunscriba de manera simplista la tarea del directivo-administrador.

La administración conformada con principios y leyes que le son propios, busca sus métodos, procedimientos y técnicas para aplicar la teoría a la práctica social cotidiana. La administración de la salud como rama de las ciencias administrativas "...va a cumplir las leyes y los principios de ésta, aplicándolos a un objeto de estudio: la gestión de la salud".²⁶ La función del administrador es la de maximizar beneficios y minimizar costos, el elemento primordial de la organización lo constituye el recurso humano, y es a través de él que se lograrán los objetivos propuestos.

El funcionario tiene que hacer juicios de valor relacionados con eficiencia y equidad, buscando los mecanismos para cambiar estructuras y políticas que hasta ahora, han bloqueado la equidad y la mejoría de la calidad de la vida. Dichos mecanismos pudieran ser precisamente la implementación y reestructuración de Programas de Bienestar Social.

Al referirnos a estos principios, Hernán San Martín nos señala los siguientes:

1. Las relaciones 'individuo-ambiente' e 'individuo-familia', son el punto de partida de toda actividad en el campo de la salud.
2. La familia, entendida como grupo de convivientes, y no sólo como entidad jurídica, es la unidad epidemiológica, social y administrativa de trabajo.
3. La familia forma parte de una unidad mayor: la comunidad.
4. Los problemas de salud de una comunidad son similares para las poblaciones que viven bajo condiciones ambientales semejantes. La consecuencia de este hecho es la integración de los esfuerzos y recursos a fin de usarlos con el máximo de eficiencia en forma colectiva.

²⁶ P. Carmen Valent, Administración de la Salud, p. 9.

5. Sin embargo, los problemas de salud pueden ser muy diferentes de una comunidad a otra. Esto exige que los planes sean específicos y locales.
6. Debido a la limitación de los recursos o más bien el exceso de problemas de salud y de morbilidad es inevitable jerarquizar los problemas existentes atendiendo a su importancia clínica y social y a la posibilidad de abordarlos con utilidad. El criterio de prioridades puede variar y no necesariamente tiene que basarse en el costo de las acciones, sino también en la eficacia.
7. Todas las acciones de salud deben tener una intención educativa para poder obtener resultados óptimos.
8. Los programas de salud deben fundamentarse en la ecología y epidemiología de los estados de salud y enfermedad.
9. La medición de los resultados y la evaluación permanente del rendimiento son imprescindibles para saber si se está administrando bien o mal el programa.
10. La participación activa de la comunidad en el proceso de la salud es absolutamente necesaria".²⁷

Sin embargo, la administración en salud pública no es sólo la aplicación de estos principios, métodos y técnicas; el proceso administrativo involucra muchos otros aspectos a considerar, especialmente los aspectos humanos, culturales y sociales que condicionan la salud de la colectividad. Administrar no sólo es una disciplina de bases científicas sino también un arte y un problema de personalidad (capacidad de dirección) y de relaciones humanas.

Para Milton Terris la administración en salud pública es "el proceso permanente de establecer y realizar objetivos de salud mediante actividades realizadas por un conjunto de personas

²⁷ Hernán San Martín, Administración en Salud Pública (teoría, práctica, investigación), p. 283.

preparadas para ello y la aplicación de recursos materiales disponibles en beneficio de la salud colectiva"²⁸.

La administración incluye la planificación, las estructuras, la organización, la dotación del personal y el equipamiento, la dirección, la gestión, el presupuesto, la coordinación, la evaluación.

Para este autor, la esencia de la gestión "...es la coordinación y supervisión de las funciones y la dirección de las operaciones para el logro de los objetivos establecidos"²⁹, como parte del proceso administrativo.

Existen diversos enfoques entre el concepto de administración y gestión. Para Hernán San Martín, la primera es la entidad responsable de la determinación del plan y de los objetivos que la organización debe alcanzar; le tocaría establecer la política general, para la acción y controlar la eficacia del sistema...la segunda, sería la entidad que aplica la política de salud a través del Plan de Salud formulado y la que supervisa la cantidad, calidad y eficacia de las actividades".³⁰

Otros hablan de administración cuando señalan al conjunto de servicios (contabilidad, personal, equipamientos, locales, etc.) que aseguran el funcionamiento del sistema y de gestión para referirse a la aplicación y desarrollo de los programas de actividades en el terreno mismo.

En resumen la administración y la gestión en el campo de la salud tienen que ver con todos los componentes del Plan de Salud.

Estos componentes son:

1) *La situación sanitaria de base.* Es el punto de partida del plan total y de los programas de salud necesarios, al mismo tiempo sirve de punto de comparación para valorar las modificaciones que se producirán con la aplicación de los programas.

²⁸ Milton Terris, La revolución epidemiológica y la medicina social, p. 127.

²⁹ *Ibidem*, p. 143.

³⁰ Hernán San Martín, *Op. cit.* p. 265.

2) *La planificación.* Es un procedimiento operacional para determinar racionalmente los recursos necesarios para lograr determinados objetivos, en plazos también determinados (planificación a largo plazo, a mediano y a corto plazo), a través de actividades definidas, adecuadas y evaluadas.

La planificación sanitaria es el proceso racional de identificación de los riesgos y problemas de salud de la colectividad, del inventario detallado de las necesidades de salud insatisfechas y de los recursos para satisfacerlas, de la determinación de objetivos prioritarios y de la provisión de una actividad administrativa eficaz que permita alcanzar los objetivos planteados. Es el recurso administrativo más importante en la racionalización de las actividades³¹.

3) *Un programa de salud.* Está compuesto por una serie coherente de actividades que se orientan hacia uno o varios objetivos determinados relativos al problema de salud que condujo al programa. La formulación del programa debe incluir no sólo las actividades sino también los objetivos precisos cuantificables, el personal necesario, recursos financieros, equipamiento e instalaciones, técnicas de trabajo, normas y procedimientos, el calendario de desarrollo del programa, los proyectos involucrados en el mismo, los procedimientos de evaluación que se utilizarán...

El Plan Nacional (o regional o local) de salud es la ordenación dinámica del conjunto de programas que deben realizarse en función de una política de salud integrada en el proceso del desarrollo social. El Plan debe ser formulado para un cierto periodo que permita continuidad en la acción y medición de los resultados.

El programa de salud debe entenderse como "el conjunto de actividades técnicas que deben efectuarse dentro de plazos determinados para cumplir las metas propuestas en el plan general. El programa tiene su origen en la realidad de los problemas locales de salud."³²

³¹ *Ibidem*, p. 267.

³² *Ibidem*, p. 269.

1.3 Enfoque eficientista y sistémico

Para concluir nuestro primer apartado es pertinente describir el enfoque de sistemas. (su concepto, clasificación, sus componentes) con el objetivo de mostrar cómo la ciencia de la administración se sirve de éste en la solución de problemas y en el diseño, es decir, en nuestro caso específico el ***Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000***.

En primer término definiremos el concepto de sistema, según Robert Murdick nos dice que "es un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que buscan alguna meta o metas comunes, operando para ello sobre datos o información sobre energía o materia u organismos en una referencia temporal para producir como salida información o energía o materia u organismos."³³

Existen diversos sistemas de interés común, unos son tangibles y otros empíricos. Es decir, para nuestra presente investigación, el Programa en mención se realiza en el sector salud, específicamente en un hospital donde los objetivos son prestar atención médica a los usuarios, realizar investigaciones, capacitar al personal médico y paramédico. Para lograr lo anterior se requiere de algunos elementos como son: recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos así como de una adecuada racionalidad de cada uno de estos elementos.

Por otra parte, Murdick nos hace una clasificación de los sistemas, que es la siguiente:

- a) sistemas naturales y artificiales
- b) sociales, hombre-máquina y mecánicos
- c) abiertos y cerrados
- d) permanentes y temporales
- e) estables y no estables
- f) adoptativos y no adoptativos
- g) subsistemas y supersistemas

³³ Robert G. Murdick, Sistemas de Información Administrativa, p. 33.

En relación a los componentes de un sistema éste autor nos señala que 'son simplemente las partes identificables del mismo. Si un sistema es lo suficiente grande como para incluir subsistemas y si cada subsistema se compone de otros subsistemas."³⁴ Es decir, en niveles superiores a inferiores.

Asimismo, nos señala que "los componentes, por ser objetos o personas, poseen propiedades o características. Estas influyen la operación del sistema, en su velocidad, precisión, confiabilidad, capacidad...Se deben tomar decisiones en el diseño de sistemas respecto al uso de personas o máquinas, y también entre varias clases de máquinas teniendo siempre presente los atributos y los costos.

Existen diversos autores que han estudiado la teoría general de sistemas, es decir, su clasificación, las características de su estructura y comportamiento así como su diseño. Un ejemplo de esto, es lo que nos señalan P. G. Thome y R. G. Willard cuando describen el enfoque de sistemas al decir que "es una forma ordenada de evaluar una necesidad humana de índole compleja y consiste en observar la situación desde todos los ángulos y preguntarse: ¿Qué relación de causa y efecto existe entre ellos? ¿Qué funciones es preciso cumplir en cada caso? ¿Qué intercambios se requerirán entre los recursos una vez que se definan?".

Veremos más adelante como esta metodología general del enfoque de sistemas nos sirve para entender y analizar los avances del mencionado Programa.

³⁴ *ibidem*, p. 42.

II.- EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

2.1. Evolución del Sistema de Salud

La coordinación y supervisión de las funciones como la dirección de las operaciones para el logro de objetivos en materia de salud ha respondido a el proceso de desarrollo económico que ha venido presentado México. Para identificar las fortalezas del sistema y el sentido del cambio es preciso repasar su origen y evolución.

Los años posrevolucionarios

Al final de la gesta revolucionaria, el país encaraba un panorama de salud desolador: las políticas de salud de antaño basadas en la acción municipal orientada por el Consejo Superior de Salubridad eran claramente insuficientes y se hacía indispensable crear un organismo del Ejecutivo Federal con amplia capacidad para destinar recursos y normar acciones contra las epidemias y en favor del saneamiento urbano. Así nació el Departamento de Salubridad, apoyado por el Consejo de Salubridad General como órgano asesor y de gestión para establecer, junto con el Poder Legislativo, las medidas precisas. Hasta 1929, éste fue el principal marco de política, que permitió establecer Unidades Sanitarias Cooperativas con estados y municipios.³⁵

En el periodo de la Gran Depresión redujo los ingresos federales y amenazó la estabilidad del Estado naciente, el modelo de Unidades Sanitarias Cooperativas pareció insuficiente. Se procuró entonces una fuerte inversión gubernamental para reactivar la economía que llevó a trazar metas de saneamiento a escala nacional. Para ello se resolvió establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública como instancia de colaboración y coinversión entre los gobiernos federal y estatales.

La administración del presidente Cárdenas (1934-1940) continuó con las líneas de política de salud trazadas hasta entonces, aunque

³⁵ Guillermo Soberón, et al., La Salud en México: testimonios 1996. Tomo I, p. 102.

privilegió un nuevo modelo: la cogestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra. Lo más característico de dichos servicios fue la implantación, por primera vez y a gran escala, de servicios de salud de pago anticipado. Se enfatizó la prestación de servicios médicos atendiendo a tres preocupaciones fundamentales:

1. Para los campesinos colectivizados, revestía enorme importancia que una autoridad médica certificara los episodios de enfermedad para mantener sus derechos ejidales a salvo.
2. La restauración de la salud fue la preocupación central para la banca ejidal, ya que la colectivización había transferido la responsabilidad de generación de la principal fuente de divisas de país, de los grandes hacendados a los campesinos.
3. El Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva y armonizarla con la atención curativa referida".³⁶

La importancia del apoyo gubernamental a la producción por medio de servicios personales de salud para los trabajadores fue rápidamente reconocida, dándole a la política de salud un gran dinamismo. Así, el Departamento de Salubridad llegó a asignar hasta 40 veces más recursos *per cápita* a los servicios ejidales que a los servicios coordinados de salud en los Estados. La participación gubernamental en salud fue creciente y cada vez más centralizada e integral. 'Se relegó así la contribución de los propios campesinos, mientras que las decisiones sobre prioridades de inversión fueron asumidas por la banca ejidal y en menor medida por el Departamento de Salubridad...También se intervino en la formación de médicos para garantizar la atención al medio rural, estratégica pero poco atractiva para los profesionistas. Fue en función de estas prioridades que se creó el servicio social universitario en 1936".³⁷

A principios de la década de los cuarenta ya se vislumbraba la coexistencia de las tres guías para la asignación de recursos públicos en materia de salud que actualmente siguen vigentes:

³⁶ Guillermo Soberón, et. al. La Salud en México: testimonios 1996. Tomo II, p. 291.

³⁷ *Ibidem*, p. 287.

"...a) el enfoque sobre problemas de salud muy específicos, caracterizado por las campañas sanitarias iniciadas en las unidades sanitarias cooperativas;

b) la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la misión de los servicios coordinados de salud pública en los Estados;

c) la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno."³⁸

La aceptación social y la experiencia con estos tres modelos de políticas de salud durante esos años fueron cruciales para el apoyo de la política económica y social que configuraría al sistema de salud actual.

Nacimiento del modelo actual

La fundación del moderno sistema de salud ocurrió en los albores de una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por la industrialización, la urbanización, la alfabetización y el desarrollo de una amplia clase media. El desarrollo se sustentó en una estrecha alianza entre trabajadores, industriales y el gobierno federal, bajo la conducción de este último. En aquellos años se decidió impulsar en forma enérgica al sector industrial con el fin de estimular el crecimiento. Así, entre 1939 y 1945 el PIB aumentó a una tasa anual promedio de 5.3%. Durante la Segunda Guerra Mundial, las exportaciones manufactureras registraron un crecimiento espectacular, ya que su volumen creció 87.5% y llegaron a representar 37.6% del valor total de las exportaciones en 1945. Esto favoreció el crecimiento y fortalecimiento de las acciones de salud pública y asistencial".³⁹

³⁸ *Ibidem*, p. 289.

³⁹ *Ibidem*, p. p. 214-217.

El auge en el intercambio con otros países y sobre todo la expansión de la actividad económica interna generó un crecimiento importante en los ingresos gubernamentales. Ello permitió un gasto público mucho mayor en términos reales (37.7 por ciento del PIB entre 1939 y 1945 ⁴⁰), que se destinó en buena medida a proyectos de inversión tales como transporte y comunicaciones (ferrocarriles, caminos y puentes), generación de energía eléctrica y obras de irrigación, así como a inversiones de índole social como salud, educación, vivienda, demografía entre otros.

La fundación del actual sistema de salud data de 1943. En ese año fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se buscó entonces un arreglo institucional que permitiera encauzar los mayores beneficios de cada uno de los tres modelos de política de salud ya aprobados, ampliando sus beneficios al sector industrial y reduciendo los conflictos a que daban lugar sus diferentes objetivos.

El IMSS se creó para canalizar contribuciones tripartitas en apoyo a la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública. Este modelo estaba en boga en casi todo el mundo y derivó buena parte de su sustento técnico de la Organización Internacional del Trabajo. Al mismo tiempo, sus grandes líneas se adecuaban a los requerimientos del país, dada la escasa oferta de servicios privados y la convicción de la capacidad gubernamental para prestar servicios médicos integrales y dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico.

La SSA fue creada con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Su objetivo era el de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública. La misión asistencial se amplió para cubrir de manera más integral a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos. Esta institución se haría cargo de campañas extraordinarias dirigidas al combate de epidemias y problemas específicos de salud".⁴¹

⁴⁰ *Ibidem*, p. 223.

⁴¹ *Ibidem*, p. 221.

Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y a la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo: una menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados asumieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta, perdiendo el Departamento de Salubridad el papel estratégico normativo y financiado en favor de la población en su conjunto que tuvo en sus mejores momentos. Por otra parte, la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad.

El modelo de seguridad social que se implantó, no incluyó mecanismos normativos o de estructura que garantizaran la eficiencia y la competitividad de los servicios de salud. La ausencia de dichos mecanismos puede explicarse dada la protección arancelaria hacia la industria nacional, su enfoque en el modelo interno y la relativa abundancia de recursos financieros transferidos de los fondos de pensiones. Por otra parte, la fuerza de trabajo joven no presionaba la demanda de servicios ni existían opciones en el mercado privado que llevaran a ver en la elección un mecanismo alternativo para la asignación eficiente de recursos.

Otro desarrollo significativo de esta época de auge fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales. En ese entonces se privilegió la relación política entre el gobierno y los diversos grupos estratégicos para la producción y el crecimiento económico.

En cierta medida puede afirmarse que el sistema de salud fue creciendo por adiciones de segmentos, sin que tuviera primacía una idea rectora que lo organizara en su conjunto.

Expansión y Crisis

A partir de los años sesenta, el PIB creció a tasas promedio superiores a 6% anual y tan solo en el segundo lustro de la década el IMSS duplicó su cobertura. El acelerado crecimiento de la clase media permitió una mayor oferta de servicios privados. Asimismo, se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como en el rural.

No obstante, dichos servicios no se enfocaron a la población marginada inequívocamente. Se privilegió, en cambio, la ubicación geográfica y el cobro por servicios con base en escalas móviles relativas a la capacidad de pago. Con esta oferta ciertamente los grupos de mayores ingresos se beneficiaron, pero lo hicieron en mayor medida los asegurados y la propia clase media, quienes tuvieron mayores servicios a su alcance.

En la década de los setenta se agudizó la sobreposición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servicios asistenciales. A partir de 1973 se hizo notorio cierto estancamiento en la expansión del IMSS, problema vinculado al reclamo de justicia social de amplios grupos de campesinos. El Ejecutivo Federal rompió entonces con el modelo de oferta exclusiva del IMSS hacia los asegurados y sus beneficiarios, legislando la entrega solidaria de recursos del IMSS a la población sin capacidad de cotización. El primer esfuerzo en este sentido se realizó con apoyo del programa de desarrollo rural puesto en práctica por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO). Con ello se conservó la autonomía financiera y de prestación de servicios del IMSS, pero ahora abarcando a población que había estado formalmente al cuidado de la SSA.

La obligación de redistribución solidaria de la seguridad social se ha mantenido intacta, si bien a partir de 1979 su operación fue substancialmente modificada con el establecimiento del Programa IMSS-Coplamar. Dicho programa formó parte del combate a la marginación promovido entre 1976 y 1982. En el caso de salud, el Gobierno Federal lanzó una iniciativa para ampliar substancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos

derivados del auge petrolero. El IMSS fue el administrador de este ambicioso programa, permitiéndole cumplir sus compromisos solidarios al brindar apoyo a la red subsidiaria por medio de recursos administrativos ya existentes. Al desaparecer Coplamar en 1989 como órgano coordinador de diversas iniciativas de desarrollo, persistió el programa a cargo del IMSS bajo la denominación de IMSS-Solidaridad.

La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales de carácter estatal y municipal, puso de manifiesto la dificultad para coordinar y normar a instituciones caracterizadas por su centralismo y su arraigada autonomía. De ahí que en 1983 se iniciaran los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de atención a población abierta.

La descentralización⁴² y consolidación de los servicios de atención a población abierta puede hacerse descentralizando de origen y consolidando en los estados, o consolidando de origen y descentralizando en una segunda instancia. La descentralización de los ochenta siguió principalmente este segundo modelo, es decir, se avanzó más en la consolidación de los servicios en 14 estados de la República que en la transferencia de recursos. A pesar de sus limitaciones este esfuerzo de descentralización constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema de salud en su conjunto.

En la actualidad en México coexiste un pequeño mercado privado de aseguramiento que apenas empieza a descubrir las ventajas del aseguramiento administrado y para el cual no existe una regulación clara y eficaz; un mercado privado de servicios de salud sin pago anticipado, que no protege a las familias frente a gastos extraordinarios;

⁴² El Dr. Ricardo Uvalle Berrones nos dice que la descentralización política y administrativa como propuesta de vida, no es fenómeno coyuntural. Tampoco aspiración casuística. Menos proyecto efímero. Es potencial cultural que permite moldear realidades y transformar los aspectos relevantes de la sociedad mexicana. Sus ventajas obligan a replantear el mosaico étnico, social, político y económico que el país tiene. Al garantizar la participación de la sociedad y ampliar la representación de sus organizaciones, la descentralización libera energías adormecidas con la centralización del poder. Cfr. Revista Civitas no. 2 del Centro de Estudios para el desarrollo de la Administración Municipal A.C.

baja calidad y eficiencia y un sistema público puro, de instituciones múltiples que a pesar de haber alcanzado logros inobjctables enfrenta importantes rendimientos decrecientes en calidad y eficiencia; duplicidades e insuficiente cobertura.⁴³

La estructura actual del Sector Salud se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción. Los trabajadores asalariados de la economía formal cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social, en tanto que el resto de la población recibe atención en instituciones públicas como la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. Así, el financiamiento de la seguridad social depende principalmente de las contribuciones de los empleados y los patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal. Hasta ahora pertenecen al régimen obligatorio de la seguridad social únicamente:

- a) los trabajadores que están vinculados por una relación de trabajo;
- b) miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mistas; y,
- c) los ejidatarios, comuneros colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito.

Los trabajadores al servicio de Estado, sean federales o estatales, son cubiertos por diversos institutos de seguridad social. La Ley del Seguro Social considera también la posibilidad de incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores federales, estatales y municipales no cubiertos por algún otro sistema, como el del ISSSTE. Al amparar también a los dependientes de los asegurados, los servicios de salud de la seguridad social cubren legalmente a poco más de 50% de la población.

Han quedado al margen de la seguridad social los trabajadores en industrias familiares e independientes como profesionales, artesanos y comerciantes, los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios; y los patrones como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio. Estos grupos en teoría pueden acceder

⁴³ Guillermo Soberon, Op. Cit., p.p. 23-242.

legalmente a las prestaciones médicas del IMSS por medio de un seguro voluntario o facultativo. No obstante, los elevados costos, los prerequisites de acceso y la falta de promoción han mantenido a esta opción en un papel insignificante. Sin embargo las reformas planteadas para la seguridad social, que se inscriben claramente en el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, permitirán hacer posible la incorporación gradual de los trabajadores de la economía informal a los beneficios de los servicios de salud.

La exclusión de la cobertura legal de una amplia capa de la población lleva a definir, por contraposición, a la población abierta, la mayor parte de la cual es objeto de los programas asistenciales de la SSA. El mosaico socioeconómico de la población abierta es evidente ya que incluye desde autoempleados de elevados ingresos hasta campesinos e indígenas que viven en condiciones de alta marginación.

2.2. Diagnóstico de la Salud en México

Algunos factores condicionantes

- Demografía

Para profundizar en estos factores todos los datos que a continuación manejo en toda esta parte de la investigación fueron datos oficiales, obtenidos de la Secretaría de Salud y con base en los *Resultados del XI Censo General de Población y Vivienda*, en 1990 México tenía 81.2 millones de habitantes, lo que permitió estimar que la tasa de crecimiento durante el último decenio fue de 2.6%, una de las más altas entre los países con mayor población.

En ese mismo año, el 28.7% de la población habitaba en localidades con menos de 2 500 habitantes, que constituían el 98.3% de las 156 602 existentes en el país. Por el contrario, la mayor parte de la población (71.3%) se encontraba en asentamientos de 2 500 o más habitantes, que representaban sólo el 1.6% del total.

La estructura por edades señalaba el inicio de un proceso de envejecimiento en el país, pues la base de la pirámide de población, de menores de cinco años, se había reducido; sin embargo, la población mexicana conserva una alta proporción de menores de 15 años (38.3%). En contraposición, la población de 65 o más años pasó de representar el 3.6% en 1970 al 4.2% en 1990.

Como consecuencia del desplazamiento de la población hacia las edades mayores, la proporción de mujeres en edad fértil fue de 50.4%, más alta que en 1980 (46.0%).

Según su dispersión, la población se puede clasificar en tres categorías:

- a) las que habitan en localidades de menos de 2 500 habitantes,
- b) las que se asientan en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes
- c) las que residen en localidades de 15 000 o más habitantes.

Como ya fue señalado, en 1990 había 154 016 localidades con población menor a 2 500 habitantes, que en conjunto sumaban 23.3 millones de personas (28.7% de la población total). Este número de localidades aumentó con relación a 1980, cuando eran 123 169 y albergaban a 22.5 millones de habitantes; es decir, al 33.7% de la población. Ello indica una mayor pulverización demográfica rural y un desplazamiento hacia los mayores núcleos poblacionales.

Esta población se caracteriza por su alta dispersión geográfica y la carencia de vías de comunicación, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud y educativos. Su actividad económica se asocia a la agricultura, pesca o ambas, con métodos e instrumentos de trabajo rudimentarios; ocupación temporal y remuneración por debajo del salario mínimo. La mayor parte de las viviendas carecen de agua potable, sistemas de alejamiento de las excretas y energía eléctrica. Además, sus niveles nutricionales están muy por debajo del promedio nacional.

En el rango de 2 500 a 14 999 habitantes, la población se asienta en 2 170 localidades, lo que representa el 13.9% de la población total, también menor al porcentaje observado 10 años antes (14.%).

Las particularidades de este rango son: cierto grado de concentración; vías de comunicación irregulares que dificultan en ocasiones el acceso a los servicios de salud y educación; actividades económicas predominantemente agropecuarias y pesqueras, con cierto desarrollo en sus métodos y técnicas de trabajo; ocupación permanente en algunas actividades con remuneración que se aproxima al promedio nacional; insuficientes servicios públicos en relación con la recolección de desechos sólidos, agua potable, drenaje y energía eléctrica; deficiencias nutricionales por consumo de alimentos de alto valor agregado y bajo contenido nutricional, y déficit de viviendas que origina situaciones de hacinamiento.

Por último, la población residente en localidades de 15 000 o más habitantes se ubica en 416 localidades, con 46.6 millones de habitantes, lo que representa el 57.4% del total nacional.

Esta población conserva las siguientes características: marcada concentración poblacional; uso del suelo de naturaleza no agrícola, disponibilidad de varios tipos de vías y redes de comunicación; la estructura productiva tiene como base la industria y los servicios; con alto nivel de desarrollo tecnológico en las localidades más grandes; existencia de mayor número de servicios públicos y de mejor calidad; contaminación atmosférica producida por vehículos automotores y por la actividad fabril; formación de áreas urbanas marginadas que coexisten con aquellas donde vive la población con mayores beneficios económicos y sociales, y crecientes núcleos que subsisten a expensas de la actividad comercial no formal.⁴⁴

Las entidades federativas con mayor porcentaje de población ubicada en localidades menores de 2 500 habitantes son: Oaxaca (60.5%), Chiapas (59.6%), Hidalgo (55.2%) y Zacatecas (54.1). En contraste, las entidades con mayor porcentaje de población residente en localidades de 2 500 o más habitantes son: Distrito Federal (100%), Nuevo León (92.0%) y Baja California (90%).

⁴⁴ Secretaría de Salud, Informe de Labores 1996-1997, p. 18.

Además de la dispersión, la movilización poblacional tiene repercusiones sobre la salud. Debe tomarse en cuenta que 17.4% de la población es inmigrante, y que entre las entidades con mayor migración se encuentran el Estado de México, con 34.0% respecto de su población; Baja California, con 40.9%, y Quintana Roo, con 53.9%. Con saldos netos negativos destacan Zacatecas (33.8), Durango (18%) e Hidalgo (18%).

Un aspecto íntimamente ligado al proceso de la transición demográfica se refiere al cambio en la situación epidemiológica de la República Mexicana (transición epidemiológica). Entre 1940 y 1997 se han registrado transformaciones importantes en la estructura de la morbimortalidad que sitúan al país en un rango intermedio entre las naciones con niveles extremos de desarrollo. Tales cambios son a la vez producto y consecuencia del desarrollo y sus tendencias apuntan hacia la necesidad de replantear las estrategias para mejorar la situación de salud de la población. Entre los cambios más importantes destacan:

- ↳ Disminución del peso relativo de la mortalidad en los grupos de menor edad acompañado de un creciente porcentaje de defunciones en edades avanzadas. En 1940, 48% de las defunciones registradas correspondió a menores de cinco años, mientras que 22% fue del grupo de 50 años y más; para 1994 las defunciones de menores de cinco años comprenden 14.4%, mientras que las de personas de 50 años y más constituyen 61.3%.
- ↳ Modificaciones en el orden de importancia de las principales causas de muerte, debido a la disminución de las enfermedades infecciosas por una parte y al incremento de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y las lesiones por la otra.
- ↳ Creciente número de personas portadoras de enfermedades crónicas, secuelas y discapacidades, predominantemente en la edad avanzada, coexistiendo con una incidencia todavía elevada de personas con padecimientos infecciosos y parasitarios.⁴⁵

⁴⁵ *Ibidem*, p.48.

Entre 1940 y 1970 las infecciones intestinales y la neumonía ocupaban los dos primeros lugares. Sus tasas fueron del orden de 491.2 y 381.4 por 100 mil habitantes respectivamente para 1940, y de 149.4 y 173.5 para 1970. En 1994 han sido desplazadas al décimo y octavo lugares y sus tasas se han reducido a 11.2 y 21 defunciones por 100 mil habitantes. Tan sólo estas dos causas constituían en 1940 el 37.4 por ciento del total de las defunciones generales, mientras que para 1994 su proporción se ha reducido a 7.0%.

En 1940 las enfermedades del corazón y los tumores malignos aparecieron en el décimo segundo y décimo octavo lugares con tasas de 54.3 y 23.1% respectivamente, en tanto que la diabetes mellitus, cuya tasa fue de 4.2, todavía no ocupaba un lugar dentro de las 20 principales causas. Los tres padecimientos fueron en esa época responsables de 3.5% del total de las muertes registradas en el país. En 1970 ocuparon el tercer, quinto y décimo quinto lugares con tasas de 69.4, 38.1 y 15.5 respectivamente, y en conjunto significaron 12.2 % del total de defunciones. Para 1994 ocupaban ya el primer, segundo y cuarto lugares con tasas de 67.5, 51.5 y 33.7% y en conjunto su peso relativo (32.8%) fue nueve veces mayor que el observado para 1940.

Por otra parte, los homicidios y los accidentes aparecen en 1940 como la 6a. y la 13a. Causas de muerte con tasas de 67.0 y 51.6%, representando 5.1% del total de defunciones. Para 1994 los accidentes han ascendido al tercer lugar, mientras que los homicidios se sitúan en el noveno. Como en los casos anteriores su proporción también se elevó hasta alcanzar 12.7%. Los cinco grupos de padecimientos mencionados son ahora responsables del 45% del total de las defunciones registradas en el país.

Además de lo anterior, en los últimos años se añade la aparición y aumento de defunciones por nuevas enfermedades como el SIDA, sobre todo en el plano urbano. Por ejemplo, en el Distrito Federal y Nuevo León el riesgo de muerte por esta enfermedad es mayor que por infecciones intestinales. Asimismo se registran casos de padecimientos que habían sido erradicados como el cólera. Persisten también tasas relativamente altas de mortalidad por patologías potencialmente prevenibles, tanto infecciosas como algunas que se

presentan en el periodo reproductivo.⁴⁶ A continuación se presenta el cuadro que nos muestra lo antes mencionado.

Tasas de morbilidad por principales enfermedades transmisibles*

Concepto	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Poliomielitis	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sarampión	4.0	4.7	24.8	82.4	6.0	1.0	0.2	0.1	0.0	0.0
Difteria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tosferina	1.2	0.8	2.4	1.3	0.2	0.2	0.2	0.7	0.0	0.0
Tétanos	0.3	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2
Paludismo	130.4	144.2	123.2	53.3	31.2	18.6	17.9	14.3	8.1	6.8
Dengue	16.9	13.1	8.7	11.4	6.9	13.7	3.3	9.0	39.3	37.7
Tuberculosis	18.5	13.1	18.8	17.3	17.7	16.6	17.1	18.2	22.6	22.1

Concepto	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Lepra		0.3	0.3	0.2	0.4	0.5	0.4	0.4	0.5	0.4
Brucelosis	5.4	6.1	4.8	4.9	5.1	4.6	5.3	4.5	6.4	5.7
Rabia	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SIDA	1.0	1.2	1.3	3.1	3.7	3.7	5.8	4.5	4.7	4.5
Cólera**					3.2	9.4	12.5	4.5	17.9	1.2

* Tasas por cada 100 000 habitantes

** La información se presenta a partir del año en que inicia su registro

Fuente: Secretaría de Salud, México, 1996.

El análisis de la mortalidad demuestra que si bien se ha avanzado al evitar un gran número de muertes en los últimos años, todavía existe un importante rezago.

Como en el caso de la situación demográfica, el proceso de transición epidemiológica es también diferente entre las regiones y entidades federativas, al grado de que todavía en algunos estados las enfermedades transmisibles ocupan los primeros lugares o manifiestan

⁴⁶ Ibidem, p.p. 45-61.

tasas elevadas, mientras que en otras predominan las enfermedades no transmisibles y sus indicadores son muy parecidos a los de los países desarrollados.

De acuerdo con estas tendencias, la mortalidad en los menores de cinco años continuará descendiendo como una consecuencia directa del proceso de desarrollo y sobre todo por el avance sustancial en la cobertura de vacunación y los programas emprendidos para disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias.

Los retos para mejorar las condiciones de salud de la población adulta son más complejos, en virtud de que los riesgos de enfermedad y de muerte para algunos padecimientos se han incrementado al aumentar la longevidad como es el caso de los problemas cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, cuya incidencia será progresivamente mayor. De acuerdo a esta tendencia para los próximos años el conjunto de estos padecimientos será el responsable de 58% del total de las defunciones.

Aunado a los procesos de cambio demográfico y epidemiológico que conducen al envejecimiento de la población por un lado, y por el otro a un cambio en la estructura de causas de enfermedad y muerte, en lo social se han registrado modificaciones determinantes para la salud, mismas que condicionan también su comportamiento futuro.⁴⁷

-Educación

De la población de 15 o más años de edad, 87.5% sabe leer y escribir y 12.5% es analfabeta. Las cifras más altas de analfabetismo corresponden a Chiapas (30%), Oaxaca (27.5%) y Guerrero (26.8%). Los porcentajes más bajos se encuentran en el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California, con menos de 4.7%. El nivel de instrucción ha mejorado substancialmente, puesto que la proporción de personas de 15 años o más con instrucción posprimaria era de 42.5 en 1990. Las cifras más desfavorables corresponden a Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

⁴⁷ *Ibidem*, p.p. 74-90.

En los estados con mayor analfabetismo se tienen las mortalidades infantil y preescolar más altas, especialmente en los hijos de las mujeres mayores de 15 años, así como las morbilidades más elevadas de diarreas, parasitosis...⁴⁸

La educación es un ingrediente fundamental para el desarrollo, refuerza los efectos de las acciones sanitarias e impone un límite cuando su nivel en información y alfabetismo son insuficientes.

Cabe destacar que el nivel educativo es determinante para la aceptación de programas y campañas sanitarias regionales o nacionales, es básico en la disciplina del autocuidado de la salud.

- Vivienda

La disponibilidad de vivienda mejoró durante el periodo de 1970-1990. El número de habitantes por vivienda se redujo de 5.8 a 5.0; el promedio de personas por habitación fue de 1.5; el 65.5% de las viviendas contaba con tres o más habitaciones, el 23.5% con dos y sólo el 10.5% con una. Por lo que se refiere a los servicios de que disponían las viviendas, el 87.5% contaba con electricidad, el 79.4 con agua entubada, el 74.8% con excusado y el 63% con drenaje. Estas cifras fueron menores en Guerrero, Oaxaca y Chiapas, y mayores en el Distrito Federal, Nuevo León y Aguascalientes.

Las deficiencias de la vivienda facilitan la transmisión de varias infecciones... y su mejoría se acompaña de menores tasas de ataque...⁴⁹

- Economía

La economía familiar ha sufrido fluctuaciones muy importantes en las últimas décadas, constituyendo un factor decisivo para las condiciones

⁴⁸Guillermo Soberon, et al. Op. cit. Tomo I, p. 19.

⁴⁹Ibidem, p. 17.

de vida y salud de los habitantes, sobre todo de aquellos que no cuentan con las prestaciones y servicios que otorga la seguridad social.

Las actividades económicas determinan una parte importante de la patología de sus operarios: los accidentes laborales en la industria acusan una alta frecuencia; la agricultura es ocasión para las intoxicaciones por plaguicidas; la ganadería sin control sanitario es responsable de enfermedades transmisibles, como la cisticercosis, la brucelosis, la tuberculosis, las salmonelosis...⁵⁰

En los últimos años se ha observado una reducción de la capacidad de empleo en la planta productiva y el deterioro considerable del valor adquisitivo de la moneda nacional, así como el incremento de las tasas de interés, del precio de la canasta básica y del costo de medicamentos e insumos para la salud.

La situación económica actual presenta diferencias regionales profundas, afectando considerablemente algunas entidades federativas e intensificando la marginalidad y vulnerabilidad de poblaciones que ha visto marcadamente deteriorado su nivel de vida y, por ende, su nivel de salud.

En general las acciones de prevención realizadas por el Sector Salud han contribuido al descenso de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles. En este sentido, se ha logrado la erradicación de la poliomielitis y difteria, y en 1996 ya no se reportan nuevos casos de sarampión.

En el control del paludismo ha sido fundamental la promoción para el autocuidado y la notificación temprana de casos; asimismo, para disminuir los casos de dengue, se realizaron actividades preventivas de ordenamiento del medio, eliminación de depósitos domésticos de agua y criaderos del mosquito. Por otra parte, el cólera muestra una tendencia descendente importante, en ello ha contribuido la visita a localidades y viviendas para recolectar muestras ambientales.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 22.

No obstante, los avances innegables en la salud de la población no han sido uniformes. Aproximadamente diez millones de habitantes carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo en zonas rurales dispersas y urbanas marginadas.⁵¹

Ante ello, el Gobierno Federal ha puesto en marcha el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, objeto de análisis del siguiente capítulo. Cabe hacer hincapié que solo analizaremos los avances en el periodo comprendido de marzo de 1996 al mes de agosto de 1997.

⁵¹ Secretaría de Salud, Op. Cit., p.p. 82-90.

III.- PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000

3.1. Origen, objetivos y ejecución del Programa

El Gobierno Federal plantea en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000⁵² que el desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del Sistema Nacional de Salud adquiere entonces un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 propone "...trabajar para alcanzar un sistema que incorpore a más población, que garantice un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos, para reforzar el principio de equidad con los que menos tienen"⁵³. Este nuevo sistema considerará los desequilibrios regionales para poner fin a rezagos que afectan a amplios grupos de la población.

Con base en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, la Secretaría de Salud ha elaborado el Programa de Reforma del Sector Salud, que señala los objetivos, las prioridades y políticas del sector para asegurar la utilidad del esfuerzo colectivo en materia de salud y el nivel óptimo de preparación de quienes prestan estos servicios.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se aprueba en el mes de marzo de 1996⁵⁴, el cual tiene como propósito dar realización plena a los principios y mandatos contenidos en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en

⁵² Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, p.p. 24-28.

⁵³ *Ibidem*, p. 32.

⁵⁴ Diario Oficial de la Federación, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 11 marzo de 1996, p.7.

las disposiciones de la Ley General de Salud; pretende superar las actuales limitaciones, reorganizando el gasto en salud y estableciendo los criterios generales para hacer más eficientes los recursos destinados al fomento de una vida saludable, los programas de medicina preventiva y garantizar el abasto de los medicamentos e insumos esenciales así como de los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de servicios. Los *Programas de Vacunación, Nutrición y Salud Reproductiva* constituirán el eje del paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias, regionales y locales.

El **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000** es el instrumento mediante el cual el Gobierno Federal se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son "...ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta"⁵⁵.

Por otra parte, debemos considerar que el sistema de salud actual confronta serios problemas, como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población, y por el otro, de una organización y estructura que ya no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Los cambios en el primer nivel de la atención médica dentro de los servicios que ofrece la seguridad social, constituyen un incentivo fundamental que habrá de traducirse en una mayor calidad en la prestación de los servicios. El que los usuarios puedan elegir a los médicos que habrán de atenderlos también servirá como un mecanismo para la contención de costos. La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia general que cada

⁵⁵ Poder Ejecutivo Federal, Op. cit. p. 33.

institución podrá plantear con los alcances y peculiaridades propias de su estructura y normatividad.

En el contexto del nuevo federalismo, la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, es decir, no derechohabiente a la seguridad social, recoge el proceso iniciado en la década pasada y constituye la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. Una vez configurados los sistemas estatales, la política nacional se articulará a través del Consejo Nacional de Salud, creado por decreto presidencial a inicios de 1995. La descentralización de los servicios que prestan, tanto la Secretaría de Salud como el programa IMSS-Solidaridad, evitará que persistan sistemas paralelos para atender a una misma población. La descentralización permitirá, asimismo, hacer una distribución más racional del gasto federal en salud al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación, y equilibrar el gasto *per cápita* en salud⁵⁶.

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo-efectivas y que se significa, además como una medida fundamental del Gobierno Federal en su lucha contra la pobreza extrema.

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se tiene previsto un programa vigoroso de mejoramiento de la gestión administrativa en los estados y, en el contexto del federalismo, la participación decidida de los ayuntamientos. El *Programa de Municipio Saludable* propiciará un mayor compromiso de esos servicios con las tareas propias del saneamiento básico y con una orientación

⁵⁶ *Ibidem*, p. 35.

fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud. Los comités de salud, constituyen la base social de la estrategia.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo; capacitación para la salud familiar, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resaltan el *Programa de Enfermedades Prevenibles por Vacunación*, así como los de *Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas y Enfermedades Respiratorias Agudas*. En salud reproductiva, sobresalen la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer y, particularmente, el *Programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual* que incluye, por supuesto, al virus de inmunodeficiencia humana.

En salud de las poblaciones adulta y anciana resaltan los Programas de *Prevención y Control de la Tuberculosis, de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial*. Las dos últimas destacan por su creciente contribución a las principales causas de mortalidad en el país.

Otras acciones, dirigidas a toda la población, incluyen la salud mental, la salud bucodental, la prevención de accidentes y adicciones y, en forma señalada, la salud ambiental.

Una dimensión adicional de los programas específicos es su distribución regional cuando la naturaleza del programa sanitario lo amerita. Tal es el caso del dengue, el paludismo, la oocercosis, la brucelosis, la cisticercosis, la lepra y la rabia. En este contexto, sobresale el *Programa Contra el Cólera* que si bien tiene características pandémicas, se acentúa en algunas regiones del país.

El fomento sanitario ocupa un apartado especial. Plantea actualizar y complementar los instrumentos legales y normativos que garanticen la calidad sanitaria de productos, bienes y servicios con propiedades biológicas químicas, físicas o radiológicas; así como vigilar, en el marco de las políticas nacionales y tratados

internacionales, los mecanismos de control de productos importados. En este rubro se contemplan acciones específicas para apoyar las exportaciones y para avanzar en los procesos de desregulación y simplificación administrativa; para promover la participación de los sectores privado y social en las acciones de certificación, entre otros.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica son fundamentales para poder disponer de cifras veraces y que éstas puedan ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en su toma de decisiones e informar a la sociedad, sobre todos aquellos asuntos de salud pública que son del interés general.

El Sistema Nacional de Salud⁵⁷ no es solamente un sistema prestador de servicios. La enseñanza y la investigación constituyen aspectos fundamentales para su renovación e introducción de procesos innovadores; son, además, elementos insustituibles que garantizan la calidad intrínseca de los servicios que se ofrecen. Por ello, las instituciones de salud fortalecerán sus vínculos con las de educación superior e investigación científica y seguirán coadyuvando a la formación de recursos humanos de alto nivel pues es, justamente, el elemento humano, el eje de la reforma y el activo más valioso del propio sistema.

Entre los principales objetivos del **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000** se encuentran:

- Transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, a fin de que, entre otros aspectos esté en condiciones de hacer frente a los retos epidemiológico y demográfico del país.
- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.

⁵⁷ Idem.

- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.

Para llevar a cabo la ejecución del Programa en los diversos centros y hospitales de la República, se establecen los procedimientos de coordinación y concertación con los gobiernos de los estados, municipios e instituciones; la creación del Consejo Nacional de Salud y de Comités de Salud; creación de un nuevo esquema mixto de control y auditoría, con la colaboración de todas las áreas y dependencias ejecutoras.

De esta forma, es notable la participación de diferentes instituciones en la ejecución del programa. La Secretaría de Salud, tiene como labor informar y capacitar al personal médico, paramédico y administrativo con respecto a las actividades que durante los servicios del *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000* se presten; asimismo brinda el apoyo necesario para que todo lo elaborado se apegue al marco legal de salud.

La puesta en marcha del mencionado programa, depende de la voluntad de cada gobierno estatal, su ejecución está supeditada a la asignación del presupuesto financiero y al apoyo humano, ya que en gran medida de ello depende su avance y resultados.

3.2. Diagnóstico y logros

Uno de los compromisos adquiridos para la Reforma del Sector Salud, es la extensión de cobertura, para esto en la presente administración ha sido necesario definir una estrategia que oriente recursos de manera decidida a la atención de la población que no tiene acceso regular a los servicios de salud. Además se han instrumentado distintos programas que permiten atender a un mayor número de mexicanos, tales como: *de Ampliación de Cobertura; el Emergente para grupos Vulnerables; el de Educación, Salud y Alimentación*; entre otros.

Estos funcionan bajo el principio de integralidad en la estrategia de extensión de cobertura cuya finalidad es evitar en la medida de lo posible las intervenciones fragmentadas, mediante la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud.

De acuerdo a datos proporcionados por la Secretaría de Salud⁵⁸ las acciones realizadas dentro del *Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)* que se tienen registradas durante el periodo de 1996-1997 son: la realización de 2 041 600 acciones de salud, de las cuales 857 778 corresponden a consultas de medicina general y odontología. Adicionalmente, en materia de saneamiento básico, se construyeron 17 069 letrinas y se efectuaron 115 acciones de cloración de agua.

Se logró ampliar la cobertura con la incorporación a partir de 1996 hasta agosto de 1997 de siete estados a este Programa: Chihuahua, Durango, Guanajuato, México, Nayarit, Querétaro y Sinaloa. Además de ampliarse la atención en los estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas.

Por su parte, el Ejecutivo Federal en su Tercer Informe de Gobierno señala que en coordinación con la Secretaría de Salud se crearon las Unidades de Patrimonio de la Beneficencia Pública en los estados de la República, de las cuales existen 15 a la fecha; instalación de 24 Comités Interinstitucionales Estatales, para la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, así como los *Programas Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para Población Abierta*, como instrumento a fin de lograr el óptimo desarrollo regional en este campo.

Con relación a la construcción de Comités de Salud la dependencia señala que "...durante el periodo de 1996 a agosto de 1997 se constituyeron en 18 entidades federativas, más de 7 mil Comités de Salud en donde participan cerca de 20 mil personas, lo que ha contribuido a definir los problemas de salud que desde el punto de vista comunitario son prioritarios y, por otra parte, fungir como las

⁵⁸ Secretaría de Salud, Op. Cit., p. 23.

instancias de apoyo a las tareas que tienen encomendadas las auxiliares y los equipos de salud itinerantes⁵⁹.

Los Comités de Salud constituyen un importante mecanismo y foro de análisis y decisión local, la vinculación que se ha logrado entre los Comités y el apoyo, orientación e impulso que brindan los equipos de salud cobran mayor importancia de acuerdo a los objetivos de la reforma del sector.

Otro de los Programas que permitirá extender la cobertura de los servicios de salud es: *el Programa Emergente para Grupos Vulnerables*, dentro de las principales acciones realizadas en éste se encuentran: apoyos financieros externos a la Sierra Tarahumara de Chihuahua, a fin de limitar la desnutrición y evitar la muerte de niños indígenas; se reforzó con personal, equipo y medicamentos a 39 centros de salud de muy difícil acceso, con lo que se amplió la cobertura de 17 000 habitantes de la región, por medio de 13 unidades móviles.

Asimismo, se apoyó al *Programa de Desarrollo Estatal de Microregiones Indígenas en Puebla*, con recursos financieros por un monto de 2 millones de pesos para habilitar Casas de Salud. En la Región de las Cañadas en Chiapas, se concretaron acciones de coordinación intersectorial que beneficiaron a habitantes de alrededor de 700 localidades dispersas de difícil acceso mediante el abastecimiento regular de medicamentos a la totalidad de las unidades médicas y casas de salud.

A través del *Programa de Ampliación de Cobertura*, se otorga el Paquete Básico para beneficio de 4 millones de habitantes indígenas que integran 37 etnias, de 14 estados del país.

Por otra parte, en 1997 el Gobierno Federal para avanzar en el combate de la pobreza extrema estableció el *Programa de Alimentación, Salud y Educación (PROGRESA)*⁶⁰, que proporciona apoyos efectivos a las familias beneficiadas para atender sus

⁵⁹ *Ibidem*, p.p. 25-26.

⁶⁰ *Ibidem*, p. 27.

necesidades mínimas de nutrición, tener acceso universal a servicios de salud y contar con estímulos económicos para que sus hijos en edad escolar terminen la educación básica.

Entre los principales objetivos de este programa en cuanto a salud se refiere, se encuentran:

1. Ofertar las familias beneficiadas las doce estrategias del Paquete Básico de Servicios de Salud.
2. Propiciar el autocuidado de la salud familiar y comunitaria.
3. Proporcionar apoyos efectivos a las familias para contribuir a atender sus necesidades básicas de nutrición.
4. Inducir la asistencia periódica y sistemática del núcleo familiar a la Unidad de Salud, para recibir acciones concretas en beneficio de su salud.
5. Orientar y capacitar en materia de salud a las madres como eje central de la familia.
6. Garantizar la atención que requieren los integrantes de las familias beneficiarias.

Otro de los logros alcanzados dentro de la reforma según la dependencia, es la participación municipal en la salud a través del *Programa de Municipio Saludable*, apoyado por los comités locales, quienes se encargan de definir las prioridades, elaborando programas de salud y realizando una evaluación de las acciones programadas a nivel local. Por medio de este programa se informará y orientará a todos los municipios del país acerca de lo importante que es la participación comunitaria para la definición de las prioridades y necesidades en salud local, capacitando a todo el personal que interviene en el programa en coordinación con la Secretaría de Salud.

Dentro del *Programa de Salud Comunitaria* que se desarrolla conjuntamente con el Consejo Nacional de Fomento Educativo, durante el ciclo escolar 1996-1997, se realizaron 31 eventos de capacitación en las entidades federativas del país, excepto en el D.F., en los que se capacitaron a 1 767 tutores y a 26 284 instructores comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) en diversos temas de salud para la prevención de enfermedades, entre otras.

Después de haber desglosado algunos de los programas involucrados en el *Programa de Reforma del Sector Salud*, sus objetivos y alcances es fundamental llegar al punto de realizar una evaluación de éste y plantear algunas propuestas que nos lleven a la posibilidad de lograr la plena eficacia en la aplicación de dichos programas.

3.3. Evaluación

La Administración Pública juega un papel importante en el Estado Moderno ya que es la ejecutora de las leyes que necesita el individuo para el logro del bien social, su desarrollo de capacidades da respuesta a los problemas que se presentan en la relación entre los individuos. De esta forma la ejecución del **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, como instrumento donde se denotan las capacidades del Estado a través del gobierno que ha demostrado eficiencia en cuanto a sus logros cuantitativos; sin embargo, a pesar de la respuesta institucional al problema de salud no se percibe una reforma del sector.

Como punto de partida para la reforma del sector el Gobierno Federal plantea la descentralización misma que se refleja en el *Plan Nacional de Salud 1995-2000* y en el Programa de estudio, a pesar de su avance inicial en el momento actual se menciona que "...ni el programa de trabajo de la Secretaría de Desarrollo Social para este año, ni los documentos difundidos sobre PROGRESA, ofrecen un rostro identificable del problema".⁶¹

La situación para el sector es verdaderamente preocupante no obstante, la información del Ejecutivo Federal, Ernesto Zedillo Ponce de León⁶² en donde nos señala que la evaluación de las actividades internas y externas, sufrieron un cambio radical, pues a partir de 1996-1997 se establecieron 71 indicadores de resultados, que permiten analizar y evaluar el impacto de las principales acciones en materia

⁶¹ Luis Manuel Arellano, "Pobreza extrema, un expediente abierto", reportaje, Periódico El Universal, p.4.

⁶² III Informe de Gobierno, Ernesto Zedillo Ponce de León. Secretaría de Salud, p.p. 95-98.

preventiva, curativa y de regulación sanitaria. No se detallan cantidades en cada uno de los rubros que componen el programa.

No debemos olvidar que la Salud esta íntimamente ligada a la pobreza y en este sentido, queremos hacer notar una referencia, que nos da pauta a reflexionar y a interrogarnos sobre el tema. En 1990, el Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad dio a conocer un estudio sobre la pobreza, con cifras oficiales disponibles hasta 1987, el Pronasol cuantificó en 41.3 millones la cifra de mexicanos pobres, de los cuales 17.3 vivían en condiciones de extrema pobreza;⁶³ ¿Para la actualidad esta cifra fue superada como nos señalan los datos oficiales?

En su carácter nacional, podemos señalar que el Programa en estudio no ha cumplido sus objetivos de elevar la calidad de los servicios de salud, otorgar acceso regular de éstos a la población y poner fin al rezago social en el sector.

En la actualidad la ejecución del **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000** no se lleva a cabo en todos los programas que lo integran, se da impulso y se informa solo de algunos que parecieran los más esenciales, como es el caso del *Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)*, *Programa de Municipio Saludable (PMS)* y *la Descentralización*.

Con este panorama descrito en forma breve, nos planteamos como objetivo de la investigación que ahora culminamos, demostrar que cualquier programa administrativo puede ser válido para mejorar los servicios de salud, siempre y cuando se anteponga el uso eficaz y racional de los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos y de información que existen o que se dispongan.

⁶³ Luis Manuel Arellano, Op. Cit., p.8.

CONCLUSIONES

Después de revisar y analizar los avances de 1996-1997 de el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000** puedo concluir los siguientes puntos:

- ↳ En cuanto a sus objetivos solamente ha logrado obtener poca efectividad, puesto que para superar la crisis en salud de los mexicanos se requiere de un cambio estructural en el sistema actual. Si bien es cierto que las metas de este programa son ambiciosas también es cierto que este programa no deja de ser solo un paliativo en el problema de la salud.
- ↳ Es un programa a cumplir en un periodo determinado apoyado por programas emergentes en las distintas áreas frágiles del país. El impacto que ha tenido la puesta en marcha de este programa específico durante la presente administración hasta el momento resulta para la población, a mi parecer, poco alentador ya que la población a la que va destinada es precisamente la que carece de educación, recursos materiales y financieros, acceso a los medios de comunicación (televisión, revistas, periódicos etc.), aspectos fundamentales para conocer los beneficios del mencionado programa.
- ↳ La manipulación de la información estadística por parte de los medios de comunicación en general resulta un factor determinante para la confusión entre la población y entre el mismo personal de las dependencias involucradas en la aplicación de éste Programa.
- ↳ La falta de oportunidad, inespecificada y la poca confiabilidad de la información para hacer cualquier tipo de análisis en la materia, me lleva a reflexionar en la necesidad de invertir recursos humanos, financieros y materiales en el establecimiento definitivo de un sistema único, oportuno y confiable de la formación en salud que debiera, en mi opinión, ser manejado por la entidad coordinadora del sector correspondiente, en este caso, la Secretaría de Salud la que tendría que sufrir una reestructuración interna en esta área.

- ↳ El inadecuado manejo de la información es un factor fundamental para propiciar una desorientación del usuario de ésta y la falta de bases reales para la toma de decisiones en todos los niveles, por lo que debemos reiterar tantas veces sea necesario, la importancia de tener un sistema de información en salud debidamente organizado y que concentre la totalidad de los eventos de salud y enfermedad.
- ↳ Este sistema debe ser diseñado en conjunto por las áreas del Gobierno Federal que están involucradas de una u otra manera en la generación o captación de los datos que lo conformen, pero deberá ser operado por la Secretaría de Salud con la entidad coordinadora sectorial que la propia Ley de la Administración Pública Federal le confiere en su artículo 39.
- ↳ Es imperante que el personal médico, paramédico y administrativo tome realmente conciencia del problema y tenga vocación para prestar el servicio al usuario quien llega a los hospitales u clínicas en busca de una solución a su enfermedad y se encuentra con dificultades administrativas y burocráticas.
- ↳ Conviene señalar que para combatir los altos índices de mortalidad en nuestro país es primordial considerar no solo programas en el aspecto de salud sino combinarlos con los rubros de vivienda, educación, economía, demografía, nutrición, regionalización, entre otros, mismos que forman parte de un conjunto para alcanzar el desarrollo del país.
- ↳ Las condiciones económicas, culturales, sociales y geográficas hacen prever la persistencia, en magnitudes superiores a la actual de enfermedades propias del subdesarrollo, en especial las gastrointestinales y las respiratorias.
- ↳ La salud dentro de la política social no es un elemento aislado, sino que se vincula, depende y, a la vez, determina otros aspectos del bienestar como son la alimentación, el vestido, la vivienda, su entorno y la educación.
- ↳ La evolución del concepto de salud, su significado social, su vinculación con las políticas de desarrollo, así como la dinámica

institucional de los servicios de salud, han estado determinados por la concepción que el Estado moderno ha adoptado sobre el desarrollo y su conducción.

Una propuesta concreta que permitiría superar los rezagos de la Salud, elevar el nivel de calidad de los servicios de salud y coordinar la implementación de programas en el sector sería la siguiente:

- ↳ La reestructuración de una procuraduría de la salud del trabajador, como una instancia del Estado que asesore y defienda por oficio a los trabajadores en sus demandas por la prevención y/o reparación de los daños a la salud.
- ↳ La formación de una asociación para la defensa de la salud pública, integrada por expertos y trabajadores de salud (vocación) que luche por un programa que tenga por objeto el monitoreo de la respuesta social a la problemática de salud actual, con el objetivo de configurar una salida al problema y que busque el menor costo social posible.
- ↳ La adopción por el Estado de un nuevo paradigma del problema, es decir, que reconozca los obstáculos sociales a la salud y su incidencia política; que tengan prioridad las tareas y funciones de ésta, destinadas a la población marginada.
- ↳ Que los servicios oficiales de salud se orienten a contender con los problemas, despojándose del burocratismo y de la verticalidad, y que se transfieran al nivel operativo de los servicios, los empeños y avances alcanzados en el nivel normativo y del discurso de los programas implementados por el Gobierno Federal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almada Bay, Ignacio. Salud y Crisis en México: Textos para un debate, México, siglo XXI, 1976.
2. Beveridge, William Henry y Barón. Las bases de la seguridad social. México, DF., Instituto Nacional de Salud Pública, 1987.
3. Bobbio, Norberto. Diccionario de política. México, siglo XXI, 1987.
4. Bustos, M. Administración en Salud, México, 1983.
5. Castelazo, José R. Apuntes sobre teoría de la Administración Pública. México, Fontarama, 1985.
6. Deight, Waldo. Diccionario de Ciencia Política y Administración Pública, siglo XXI, 1988.
7. Douglass, Merrill E. Como administrar el tiempo en los servicios de salud. México, Nueva Editorial Interamericana 1988.
8. Engels, Federico. El Origen de la familia, la propiedad y el Estado, Moscú, Editorial Progreso 1981.
9. Fraga, Gabino. Derecho Administrativo, México, Porrúa, 1977.
10. Guerrero, Omar. La teoría de la administración pública. México, Harla, Colección Textos Universitarios en Ciencias Sociales, 1986.
11. Hanlon, J. Jhon. Principios de Administración Sanitaria. Editorial Progreso, 1989.
12. López Acuña, Daniel. La Salud Desigual. 6a. de., México, Siglo XXI, 1986.

13. Marx, Carlos. El Manifiesto del partido comunista. Moscú, Editorial Progreso.
14. Montesquieu, Charles L. El Espíritu de las Leyes. México, Porrúa.
15. Murdick, Robert G. Sistemas de Información Administrativa. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
16. Poulantzas, Nicos. El Poder político y las clases sociales en el Estado capitalista, México, Siglo XXI, 1988.
17. Roemer, Milton Irwin. Perspectiva Mundial de los Servicios de Salud, México, Siglo XXI, 1916.
18. Rousseau, Juan Jacobo. El Contrato Social. México, Porrúa, 1977.
19. San Martín, Hernán. Administración en Salud Pública (teoría, práctica e investigación) Ediciones científicas La prensa Medica Mexicana, S.A de C.V. 1991.
20. Serra, Rojas Andrés, Derecho Administrativo. México, Porrúa, 1977.

21. Soberon, G., Kumate J., Laguna, J. (comps.). La Salud en México. Testimonios 1996. Problemas y Programas de Salud. Tomo I y II, México, S.A., Fondo de Cultura Económica, 1996.
22. Soberon G., Ruiz, L. et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Vol. 1, México, Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de Servicios de Salud, UNAM, 1988.
23. Terris, Milton. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, 1987.
24. Uvalle, Berrones Ricardo. La teoría de la razón de Estado y la Administración Pública. México, Plaza y Valdés.
25. _____ . Los nuevos derroteros de la vida estatal. México, IAPEM, 1994.
26. Valent P., Carmen. Administración de la Salud. Editorial Harla, 1988.
27. Weber, Max. El Político y el científico. México, Editorial Premia, 1985.

DOCUMENTOS, NOTAS PERIODÍSTICAS Y REVISTAS

- Arellano, Luis Manuel Pobreza extrema, un expediente abierto”, reportaje, Periódico El Universal, México 14 de febrero de 1997.
- Boninn J.C., “Principios de administración”, Revista Administración Pública, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1989.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Porrúa, 1995.
- Diario Oficial de la Federación, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, México 11 marzo de 1996.
- Jablonska, Alejandra, La Política de Salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo”Revista Sociedad y Política, No. 58, México, 1996.
- Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Salud 1995-2000, 1995.
- Secretaría de Salud, Informe de Labores 1996-1997, 1997.
- Uvalle Berrones, Ricardo. El nuevo papel del servicio público en la acción gubernamental”, Revista Enlace, No. 36, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, 1990.

- -----: "Evolución de la vida estatal" Revista Gobiernos, México, UNAM, 1993.
- ----- : "La calidad de la Administración Pública Moderna", Revista Estudios Políticos, No. 2 enero-marzo, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1994.
- III Informe de Gobierno, Ernesto Zedillo Ponce de León, Periódico La Jornada, México 1ro. de septiembre de 1997.

ANEXOS

En los siguientes cuadros se proporcionan cifras comparativas entre 1995 a 1997 en relación al impacto que ha tenido el **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000** para la prevención de algunas enfermedades infecto-contagiosas, así como del avance en algunos subprogramas y estrategias contenidos en el mismo.

Extensión de la Cobertura Mediante la Participación Comunitaria y Municipal

Programa de Municipios Saludables Municipios participantes acumulados por año

	1995	1996	1997*
Municipios	110	606	850

* Programados

Comités de Salud activos acumulados por año

	1995	1996	1997*
Comités de Salud	8,817	19,500	20,100

Programa Nacional de Vacunación Dosis aplicadas por tipo de vacuna y cobertura

Vacuna	1996 Dosis	1996 Cobertura**	1997 Dosis	1997 Cobertura*
Sabin (polio)	31,460,096	98.7%	31,807,127	98.8%
DPT	10,726,368	98.1%	12,003,138	98.4%
Antisarampión	9,901,821	97.7%	7,892,519	98.0%
BCG Tuberculosis	2,881,594	99.5%	2,952,554	99.5%

** En niños de 1 a 4 años

* Programada

Enfermedades prevenibles por vacunación

	1996*	1997**
Poliomielitis	0	0
Sarampión	2	0
Difteria	0	0
Tosferina	21	15
Tétanos	156	120
Tétanos neonatal	60	50
Tuberculosis meníngea	23	18

* Casos notificados

** Casos esperados

Programa de Prevención y control del Cólera

Actividades	1996	1997*
Localidades estudiadas	6,194	6,950
Casas visitadas	702,324	702,500
Personas censadas	4'424,641	5'100,000
Hisopos rectales obtenidos	99,162	148,000
Muestras ambientales	64,068	85,200
Depósitos de agua clorados	67,141	65,500

* Programadas

Programa de Prevención y Control del SIDA

Casos Notificados	1995	1996**	1997*
	4,310	4,216	

Actividades

Distribución de la nueva guía de atención médica de personas infectadas	6,000	10,000	20,000
---	-------	--------	--------

Campañas en medios masivos	50,000	564,000	750,000
----------------------------	--------	---------	---------

Actividades

Impactos en TV	272,000	543,000	1,000,000
Impresos	25,000	70,000	530,000
Distribución de material educativo	204,902	491,957	600,000

** Cifra preliminar

* Programadas hasta finalizar el año

Durante 1997 se instalarán tres laboratorios para medir la cantidad de virus circulante en el paciente.

Registro acelerado de nuevos medicamentos y su incorporación al catálogo de insumos del Sector Público.

En colaboración con la Secretaría de Educación Pública, inclusión de información para la prevención del SIDA en los libros de textos gratuitos.

Mecanismos para Mejorar la Calidad de los Servicios

Programa de Estímulos para la Superación Profesional

	Beneficiados en 1997 (Agosto)	Presupuesto mp.
Enfermeras	5,500	65
Médicos y Paramédicos	6,300	115
Personal de salud que labora en zonas rurales	13,700	250
Total	25,500	430

Comisión Nacional de Arbitraje Médico
1996 (A partir del 10 de junio)

Asuntos recibidos	2,761
Resueltos por orientación o asesoría	1,524
Quejas Radicadas	1,237
Resueltos por amigable composición	350
Desistimientos	156
Fuera de competencia	66
En proceso de conciliación	599
En proceso de arbitraje	66

1997 (hasta agosto)

Objetivos del Programa

Consolidar su operación
Mejorar su eficiencia
Emitir recomendaciones de carácter general a instituciones públicas y privadas
Adecuar y actualizar documentos normativos de la actividad médica
Procuradurías, academias, consejos y asociaciones médicas