UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

LAS FUENTES DE INFORMACION EN SALUD: SU IMPORTANCIA EN LA PLANEACION Y LA TOMA DE DECISIONES

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ECONOMIA

P r e s e n t a

MA. GUADALUPE VENTEÑO JARAMILLO

Director de la Tesis: Dr. Miguel Angel Rivera Ríos

MEXICO 2007

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A mi hija Angeles Abril por quien realice este trabajo recepcional, para que se sienta orgullosa de mí.

A Gabino Venteño Robles por su apoyo y ejemplo de esfuerzo, gracias papá.

A Francisca Jaramillo Jaramillo de quien siempre obtuve apoyo desde mis primeras letras, gracias Francis.

A mí esposo Federico que siempre ha estado conmigo en las buenas y en las malas, gracias Fede.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme permito realizar mis estudios.

A la Dirección General de Bibliotecas, en especial a la Dra.Silvia González Marín y a Mtra. Lourdes Rovalo de Robles.

A mí maestro y asesor de tesis Dr. Miguel Angel Rivera Ríos por toda su comprensión y apoyo a este trabajo, gracias.

I N D I C E

INTRODUCCION 1
Organización del documento 4
Planteamiento del problema 5
Objetivo General 8
Objetivos Particulares 9
Justificación 10
Hipótesis 10
Metodología 11

1. LA POLÍTICA SOCIAL Y SANITARIA EN MÉXICO 12
1.1 El sistema Nacional de Salud 18
1.2 Principales líneas de acción en el último sexenio 20
1.3 El cambio de la tendencia de la salud en México 20
1.4 El costo-beneficio en salud 22
1.5 La economía de la salud 25
1.6 La farmacoeconomía 27
1.7 Ámbito internacional 30
1.7.1 Antecedentes de la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 31
1.7.2 Los Objetivos del Milenio en materia de salud 33

2. LA PLANEACIÓN EN SALUD 35
2.1 La planeación estratégica en salud 37
2.2 La planeación y la toma de decisiones 39
2.3 La evaluación económica 41
2.4 La información del Sector Salud 45
2.5 La información como insumo en la toma de decisiones 46
2.6 Los indicadores en salud 48
2.6.1 Integración de los registros de mortalidad y natalidad 49
2.6.2 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 49
2.7 Razones que explican la ausencia de un sistema de información sanitaria de base poblacional (SISbp) 50

3. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EN SALUD 52
3.1 La explosión de la información 55
3.2 Las tecnologías de la información en los sistemas sanitarios 55
3.2.1 Las fuentes de información disponibles en INTERNET 56
3.3 Las fuentes de información disponibles en el sector salud 58
3.3.1 Levantamiento de reportes 61
3.3.2 Los tipos de fuentes de información 61
3.3.2.1. Censos 62
3.3.2.2. Encuestas 62
3.3.2.3. Registros administrativos 63
3.3.2.4. La información estadística 63

3.4 Instituciones y organismos que producen información relacionada con el sector salud 64

3.4.1 Consejo Nacional de Población (CONAPO) 64
a) Banco de datos de CONAPO sobre la situación demográfica de México 66
b) La elaboración de encuestas en CONAPO 67
3.5. Secretaría de Educación Pública (SEP) 68
3.6 Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) 69
3.6.1.Condiciones sanitarias en las vivienda 71
3.6.2. Recursos, servicios y morbilidad en el Sistema Nacional de Salud. 72
3.6.3. Alimentación 73
3.7. Secretaría del Trabajo y Previsión Social 73
3.8. Banco de México 75
3.8.1 Cuentas Nacionales 75
3.9. Organismos internacionales 76
3.9.1 PNUD 77
3.9.2 CEPAL 77
3.9.3 Organización Panamericana de la Salud 77
3.9.4 Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) 78

Conclusiones y sugerencias 79

Anexos 82

Abreviaturas 97

Glosario de términos 100

Bibliografía 109

INTRODUCCION

Después de la Segunda Guerra Mundial se presenta un explosivo desarrollo de la ciencia y la tecnología[1], se producen grandes descubrimientos, se inaugura la era atómica, la edad de los materiales sintéticos, los tiempos de la conquista del espacio, la época de la robótica, el período de la informatización así como el despegue de la ingeniería genética. En el campo de la medicina se producen nuevos descubrimientos, se descubre la aplicación de la quimioterapia, las enzimas de los anticuerpos del sistema inmunológico. Es durante esta época en la que se encuentra financiamiento para poder continuar con las investigaciones dirigidas al aislamiento y producción de penicilina cristalina de poder antibiótico potenciado así como el desarrollo de la ingeniería genética y la biología molecular. También generan avances en todas las ciencias, que trae como consecuencia un crecimiento acelerado de la información científica paralelamente a ello, la tecnología asociada al manejo de la información logra un desarrollo importante como solución para el registro y recuperación de grandes volúmenes de información, en este contexto surgen las primeras computadoras [2].

Las décadas de los cuarenta y hasta la de los sesenta, se caracterizan por un uso "casi monopólico de estas tecnologías" [3] pues solo los gobiernos y algunas instituciones de educación superior tenían acceso a la misma, debido a los altos costos, la compleja operación de los mismos, así como por la falta de recursos capacitados para su manejo. Esto fue lo que propició que los equipos de cómputo se usaran preferentemente en el manejo de información administrativa y de seguridad, utilizándose poco en el ámbito académico y empresarial, teniendo apertura en las universidades sólo hasta los años setenta, cuando IBM produjo nuevas computadoras, que dieron origen a las mini computadoras. Posteriormente en 1983 en Japón se introdujeron nuevas y mejores computadoras personales. Efecto que incidió a nivel internacional pues se modificaron casi todas las actividades productivas y los procesos de trabajo.

Bajo esta situación apareció la red Internet, que se creó en Estados Unidos a partir de la red ARPA (Agencia para Proyectos de Investigación Avanzada) como respuesta al

[1]RODRIGUEZ, V Las fuentes de información. En: Seminario de Fuentes de Información.- México: Secretaría de Salud, 1998. p. 117
[2] ídem
[3] Ibíd. 1

lanzamiento del satélite soviético Sputnik en 1957 en el Departamento de Defensa, a fin de establecer su liderazgo en el área de la ciencia y la tecnología aplicadas a las fuerzas armadas. Posteriormente, en 1990, ARPANET es desactivada absorbiendo sus funciones Internet. No obstante, cuando se abrió y divulgó más su uso, se popularizó y con ello la literatura disponible en la red aumentó exponencialmente, de tal forma que actualmente es fácil encontrar información sobre casi todos los temas. Sin embargo, existe una problemática relacionada con la calidad de los contenidos, pues se dificulta identificar cuando esa literatura es confiable y cuando su contenido tiene seriedad científica.

Es también durante la Segunda Guerra Mundial cuando surgen los primeros instrumentos de la planeación estratégica y su aplicación en los planes de trabajo. Este es un proceso administrativo independiente, que como concepto ha ido evolucionando hasta nuestros días [4].

La planeación se presenta como una etapa del proceso administrativo que permite establecer desde un inicio hacia donde y cómo queremos dirigirnos. En este marco la planeación incluye las selecciones de misiones, objetivos y las acciones para cumplirlos. A través de ella es posible crear diferentes escenarios y tomar diversos caminos, es decir, permite tomar decisiones anticipadas, así como plantear cursos alternativos de acción[5]. Los escenarios generados permitirán diseñar estrategias anticipadas, calcularlos y evaluarlos para decidirse y aprender la acción más conveniente en función del riesgo que se este dispuesto a asumir dado el grado de certidumbre que se requiera.

En este contexto se presenta la importancia de la toma de decisiones en que la decisión es una actividad fundamental para la adecuada planeación estratégica. Esto es la actividad realizada por una persona que quiere aprovechar una oportunidad por lo que debemos tomar en cuenta que para que una decisión sea tal, es necesario que el hecho o la actividad sea repetible en una situación sujeta a un riesgo [6].

[4] STONER, JAF; FREEMAN, RE; GILBERT, DR Administración.- México: Pearson Educación, 1996. p. 292.
[5] Ídem.
[6] MORTON, R; NAMAY, K; SCHWARTZ, L Estructura de mercado e innovación. – México: Alianza Económica y Finanzas, 1982. p. 245.

Así es como se presenta la evolución de los programas y políticas de salud en México, que se ha implementado, con ciertas excepciones, siguiendo un patrón similar al que se ha experimentado en el resto del mundo, iniciando con programas asistenciales hasta llegar a programas integrales de coordinación sectorial. Sin embargo, muchos de esos programas no han llegado a la población objetivo e incluso existen algunos temas de la agenda nacional que aún no han sido abordados. Por su parte, las tecnologías disponibles para modificar los procesos productivos en beneficio de la salud de los mexicanos están creándose y enfrentan desde su diseño el reto de la eficacia y de la factibilidad económica [7].

El sistema de salud en México tiene una gran diversidad en su conjunto, cuenta con hospitales que tienen aparatos de alta especialidad, como resonancia magnética, entre otros, capaces de dar atención al mismo nivel de los hospitales más caros del mundo, y sin embargo también administra otras dependencias de primer nivel en donde carecen hasta de lo básico (gasas, alcohol, termómetros, medicamentos, etc.)

Ante esta situación, es importante que la formulación e instrumentación de políticas que norman las actividades económicas garanticen la protección de la salud de los mexicanos. Las evaluaciones económicas y en particular los estudios de costo-efectividad y costo-beneficio, constituyen un insumo básico para fundamentar la toma de decisiones en esta materia que garanticen el bienestar para todos y que sean económicamente viables. A través de las investigaciones realizadas con fuentes de información relacionadas con la salud que elaboren evaluaciones económicas se puede contribuir a una mejor toma de decisiones, y así alcanzar el objetivo deseado de mayor beneficio para la población.

Las fuentes de información son todos aquellos materiales documentales que contienen datos cualitativos y cuantitativos que responden a las necesidades de los usuarios, independientemente del formato en que se encuentren y que pueden encontrarse en medios impresos o en medios electrónicos[8]. En estos documentos es donde se refleja el conocimiento generado por la sociedad y la producción científica de donde se

[7] GUTIERREZ ZUÑIGA, C; HERNANDEZ PEÑA, P; ORTIZ GUERRERO, C Evaluación económica y toma de decisiones de la salud ambiental.- En: Revista de Salud Pública 28(2): 153-66, abr. 1994.
[8] LEZANA, MA La información en salud. En: Seminario de Fuentes de Información.- México: Secretaría de Salud, 1998. p. 36

seleccionarán aquellas obras que son el insumo para el proceso de reflexión y análisis en la toma de decisiones y la herramienta de trabajo para el diseño, elaboración e implementación de los planes y programas de trabajo.

Las fuentes de información se dividen en primarias, secundarias y terciarias. Las primarias son todos aquellos materiales impresos como: libros, diccionarios, enciclopedias, almanaques, atlas, tesaurus, etc.; las secundarias son: las revistas y publicaciones seriadas y las terciarias, son los índices y abstracts [9], entre otros.

Los medios para acceder a ellos son la compra en librerías, del préstamo y consulta en salas de bibliotecas y centros de información y más recientemente, por medio de Internet en bibliotecas electrónicas y librerías virtuales.

Organización del documento

El presente documento se encuentra dividido en 3 capítulos que se describen a continuación:

Capítulo 1 La política social y sanitaria en México. Describe brevemente aspectos generales de las condiciones de salud en México y de los problemas de salud que enfrentan los mexicanos. También se describen algunas de las principales enfermedades de los mexicanos, como está integrado el Sistema Nacional de Salud, las principales líneas de acción durante el último sexenio de gobierno, el perfil de los profesionales de la salud, el cambio de la tendencia de la salud en México particularmente, la transición de la salud de los mexicanos. Se mencionan los nuevos conceptos en la evaluación de la salud como economía de la salud y farmacoeconomía.

Capítulo 2 La planeación de la salud. Se analizan conceptos como la planeación y la planificación y su importancia en los planes y programas de salud, la planeación estratégica en salud, los indicadores de salud, los sistemas de información sanitaria.

[9] American Library Association Diccionario de Biblioteconomía. Estados Unidos, 1998. 236p.

También, se abordan los temas de la integración de los registros de mortalidad y natalidad. La relación de los planes de salud con los objetivos internacionales de salud. Se describe la evaluación económica, los costos, la administración gerencial y la información como insumo en la toma de decisiones.

El capítulo 3 Las fuentes de información en salud. Contiene información en salud, la explosión de la información, las tecnologías de la información en los sistemas sanitarios, las fuentes de información disponibles en Internet, los motores de búsqueda, las bases de datos, las fuentes de información del sector salud, el levantamiento de los reportes, los tipos de fuentes de información disponibles en el sector salud, los censos, las encuestas, registros administrativos, la información estadística, los organismos de gobierno como: el Consejo Nacional de Población, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, entre otros. También se mencionan los recursos de información generados por el Sistema Nacional de Salud. La información generada por otras dependencias del gobierno y que son necesarias para la planeación y la toma de decisiones en el área de la salud, tales como: Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Banco de México, las Cuentas Nacionales entre otros, se describe también el tipo de información generado por organismos internacionales y que tiene que ver con la salud como: Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Por último se presentan las conclusiones.

Planteamiento del problema

Es evidente que en México no existe una cultura de la medición y registro de datos a nivel general, esta situación ha repercutido directamente en el planteamiento de los programas y planes de trabajo gubernamentales. Aunque existen metodologías para la obtención de los datos, no hay concordancia con la información generada en las distintas dependencias e instituciones, de tal forma que no resultan comparables entre sí, ni permiten construir gráficas históricas, lo que trae como consecuencia un dudoso registro en la recopilación de la información. Aún con estas inconsistencias es el insumo

para la elaboración de encuestas, censos, reportes epidemiológicos y otros tipos de documentos.

Es una realidad que el levantamiento de datos y demás información generada por el sector gobierno responde a los compromisos que nuestro país ha contraído con organismos internacionales como son la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros. En el sentido de que estos organismos tienen metas que cumplir a nivel internacional y donde sus prioridades de salud se anteponen a las necesidades particulares de cada país. Como es el caso de la poliomielitis, en donde el gobierno se comprometió a erradicar esta enfermedad a mediados de los 80's, y durante esos años todos sus planes, programas y campañas de salud fueron encaminados a terminar con esta enfermedad, hasta que finalmente el país presentó como resultados ningún caso reportado, habiendo cumplido con esta meta a nivel internacional y recibiendo en 1995 una certificación por parte de la OPS, en el que se dice que esta enfermedad esta erradicada de México. Sin embargo, resulta necesario hacer dos aclaraciones: primero, la poliomielitis nunca fue un problema verdaderamente grave de salud pública entre los mexicanos y segundo, se declaró erradicada esta enfermedad de México pero contradictoriamente, se continúan realizando campañas de prevención.

En parte es por ello que la elaboración de reportes de información gubernamentales no son consistentes en su análisis, reportes y estadísticas, debido a que no proporcionan con detalle que es lo que verdaderamente sucede con la salud de los mexicanos. Ya que no generan datos sobre todas las regiones del país, no se da seguimiento al comportamiento de los padecimientos de los distintos grupos étnicos, no se analiza como mejorar las condiciones nutricionales, fisiológicas y de salud generales de la población.

En muchas ocasiones los análisis y reportes que se producen, responden a temas de actualidad, mismos que pocas veces se aproximan a la realidad, ó que inclusive presentan datos que la desvirtúan, presentando una situación de salud distinta a la real.

Las principales fuentes de información en salud son generadas por organismos gubernamentales como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se brindan servicios a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados del gobierno; Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SM) y Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), que se encargan de otorgar servicios y prestaciones a los trabajadores de sus propias dependencias. Podemos mencionar que las tendencias sobre la cobertura de servicios ha cambiado y que actualmente la cobertura se presenta según datos del Censo General de Población y Vivienda del año 2000, de la siguiente forma: 40 de cada 100 mexicanos declararon tener derecho a los servicios médicos que brindan las instituciones de seguridad social, un 58% no tiene ningún servicio de salud y un 2% es atendido con médicos particulares.

Lo anterior es otra condicionante en cuanto a las características de cómo se presenta la información generada por el sector gubernamental ya que cada vez, esta perdiendo cobertura lo que repercute en la confiabilidad y representatividad de la información que produce, pues deja de lado la información que no reportan los médicos privados, ni la forma como la población que no tiene derecho a ninguno de estos servicios de salud atiende sus enfermedades.

México ha pasado por una transición demográfica a partir de los años "… 40's situación que ha repercutido directamente en el incremento de la esperanza de vida de los mexicanos" [10]. De acuerdo al Anuario Estadístico de INEGI, la esperanza de vida ha pasado de 45 años de vida en los años cincuenta a 75 años en el año 2003. Las estadísticas de morbi-mortalidad reflejan estos cambios por lo que la clasificación de las enfermedades que elabora la Secretaría de Salud va reflejando la tendencia dentro de las diez principales causas de enfermedad, entre las que encontramos: enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, neoplasias de todo tipo, neoplasias malignas, neoplasias malignas de pulmón, tráquea y bronquios, en este sentido, encontramos también a las enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones.

[10] SECRETARIA DE GOBERNACION-CONSEJO NACIONAL DE POBLACION La situación demográfica de México, 1998: La población nacional y su crecimiento.- México, [1998]. Pág. 6

La tendencia de las encuestas de mortalidad también permite identificar a las enfermedades cardiovasculares, tales como infartos y cardiopatías, entre otros, el cáncer y los accidentes automovilísticos, así como las enfermedades mentales con mayor incidencia desde mediados de los años 90´s. Lo que da como resultado la necesidad de planear adecuada y oportunamente los servicios de salud que se otorgan a la población mexicana.

Actualmente, la información esta disponible en muchas fuentes (primarias y secundarias) y en diversos formatos (impresos, electrónicas, videos, digitales). Esta situación propicia que estemos inundados de cantidades exorbitantes de información. Por ejemplo, cada "… 4 segundos se agrega una página web y cada 14 días se duplica la cantidad de información existente en la red" [11].

En el año 2001, 108 millones de usuarios recibieron más de 7 trillones de mensajes[12], por otro lado tenemos que en promedio se publican 808.068 libros cada año.[13]

Desde esa época y hasta la fecha las instituciones del sector salud que atienden a la población, han tenido profundos cambios estructurales. Actualmente proporcionan servicios de salud para atender a los trabajadores asalariados del sector público y privado y a sus familiares. Las tres principales instituciones que proporcionan servicios de salud en México son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Adicionalmente, los gobiernos estatales han creado otras dependencias para sus trabajadores (los

[11] ARRIAGA, AM ; CERVANTES, AL; TORRE, D Desarrollo de habilidades informativas para la investigación. Presentación del curso. Disponible en http://72.14.209.104/search?q=cache:5XI3yg2uEUQJ:www.lag.itesm.mx/biblioteca/invver03.ppt+4+segundos+se+agrega+una+p%C3%A1gina+web+y+cada+14+d%C3%ADas+se+duplica+la+cantidad+de+informaci%C3%B3n+existente+en+la+red&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx [consultada el 29 de noviembre de 2006]

12 VARGAS MEDINA, E Dos aspectos clave en la Metodología del Diseño de Proyectos de Investigación: la Búsqueda de Información y la Congruencia Metodológica. Ponencia presentada en la Universidad La Salle Campus D.F, , disponible en: http://www.benavente.edu.mx/investigacion/mayoagosto06/conferencia2.htm [consultada el 28 de noviembre de 2006.]

[13] ídem

llamados ISSSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.[14]

Objetivo General

- El propósito fundamental del presente trabajo es propiciar una reflexión y discusión sobre la necesidad y la importancia que reviste el realizar un uso adecuado de las fuentes de información en materia de salud, tal como lo plantea la Fundación Mexicana para la Salud, en el sentido de que es necesario conocer la disponibilidad de las fuentes de información en materia de salud, a nivel nacional e internacional. Lo anterior es imprescindible debido a la explosión de la información evidente con la generalización de uso del Internet. En este sentido, también es necesario identificar aspectos generales de la información en salud, para poder conocer de forma efectiva aquella que permitirá acceder a las fuentes más importantes y relevantes en la planeación.

Objetivos particulares

- Ofrecer a los tomadores de decisión del sector salud y de otras áreas afines, un instrumento de consulta que reúna las principales fuentes de información generadas por el sector gobierno y los principales organismos internacionales relacionados con aspectos de la salud.

- Identificar las principales fuentes de información en salud que se emplean en la toma de decisiones para la planeación e implementación de programas de salud, facilitando su acceso a través de una guía con los datos de las fuentes electrónicas, bibliográficas y estadísticas que contienen información en salud.

[14] DAVILA, E; GUIJARRO, M; Evolución y reforma del sistema de salud en México. – Chile: ONU. Unidad de Financiamiento en México, 2000. pag. 15

- Propiciar una reflexión en torno a las fuentes de información y que al consultarlas permitan sensibilizar sobre su importancia en torno a la toma de decisiones eficientes que permitirá diseñar acciones dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los mexicanos.

Justificación

Con la presente investigación queremos demostrar que existen fuentes de información producidas por el sector público que es posible utilizarlas para la elaboración de planes y programas de trabajo, que permitan dar respuesta a las demandas de salud de la población.

Para poder resolver los problemas que se presentan en la información generada por los distintos organismos e instituciones relacionadas con el sector salud, es necesario hacer una correcta selección del material documental que se utilizará en el planteamiento de los planes y programas de salud.

Dada la diversidad de información producida por las distintas dependencias de gobierno es necesario que el tomador de decisiones se sensibilice ante la variedad de datos y que de acuerdo a su experiencia y problemática en particular, seleccione los datos de la fuente que ha presentado mayor consistencia con el tipo de información que genera. En el caso particular sobre la población, se pueden identificar tres principales organismos e instituciones que dan la información oficial: Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística y el Banco Mundial. Cada una de ellas ofrece un dato diferente para el mismo periodo y el mismo concepto ya que cada uno utiliza diferentes metodologías en la elaboración de sus reportes.

Hipótesis

Las fuentes de información, hoy en día constituyen una herramienta fundamental en la planeación y la toma de decisiones en salud siendo necesario que los tomadores de decisiones se sensibilicen en cuanto a la procedencia y uso de las mismas.

Metodología

Se identifican las principales instituciones que integraron el gobierno federal en el período comprendido entre 2000 a 2004 y se seleccionaron aquellas dependencias de gobierno que produjeron información en forma impresa o electrónica sobre salud, así de los organismos internacionales que trabajan en la temática.

A través de una investigación de carácter documental basada en organismos internacionales e instituciones se describe brevemente los principales productos de información que se elaboran y que contienen información relevante en materia de la salud.

Se integró una guía con los datos de las fuentes documentales relacionadas con la salud, que se considera importante que conozcan los tomadores de decisión que laboran en esta área.

1. LA POLÍTICA SOCIAL Y SANITARIA EN MÉXICO

La salud de las personas es un fenómeno multicausal, por lo que su análisis debe considerar fenómenos que van más allá de las medidas preventivas o curativas, tales como la atención de las necesidades alimentarias, educativas y de la vivienda [1].

El sector salud ha sido siempre uno de los que se han encontrado a la vanguardia de otras áreas del conocimiento. Lla importancia de la actualización y la planeación en el ámbito de la salud, repercute directamente en la salud de los mexicanos.

En este contexto, el campo de la salud, tanto de México como de América Latina, se puede delimitar en dos ejes conductores: un primer eje que se refiere a cambios y ajustes sobre las políticas de financiamiento, y un segundo que de manera sustancial se replantea y se pretenden corregir fallas en la provisión de servicios de salud a la población. En dichos ejes conductores de las reformas al sector salud, la temática cubierta por la incorporación de la economía de la salud, representa una relación estrecha con los planteamientos de política social y sanitaria de la época. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que tiene un gran impacto desde la perspectiva de la toma de decisiones de alto nivel en todos los sectores.

Se reconoce por los organismos internacionales que América Latina tienen la mayor desigualdad social en el mundo [2]. No obstante, hay poca información que documente la magnitud de las desigualdades en el campo de la salud[3].

Entre las dificultades que han enfrentado hasta ahora los gerentes de salud y los tomadores de decisión para realizar estos análisis figuran la poca disponibilidad de datos estadísticos, específicos, desagregados y eficientes que tomen en cuenta la dimensión geográfica, epidemiológica y de morbilidad de la población.

---

[1] DAVILA, E; GUIJARRO, M; Evolución y reforma del sistema de salud en México. – Chile: ONU. Unidad de Financiamiento en México, 2000. pag. 5

[2] COMPARATIVE RESEARCH PROGRAMME ON POVERTY (CROP). La pobreza y la desigualdad social vistos a la luz de la problemática étnico-racial en América Latina. [http://www.crop.org/workshops/files/000076-BP-CROP-CLACSO-CIDSE%20Nov%202005%20spanish.pdf] consultado en 28 de noviembre, 2006.

[3] Ídem.

En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado investigaciones en diversas esferas para estimular la producción de datos básicos desagregados y también para facilitar el análisis e interpretación de la situación en los países subdesarrollados mediante el uso de nuevas tecnologías y métodos sencillos de aplicar[4].

Existe una situación de desigualdades en materia de salud que se observan, no solo entre los países latinoamericanos, si no que también, al interior de cada país. Tomando como ejemplo, el indicador de mortalidad infantil, como una primera aproximación a la definición de necesidades insatisfechas, e identificando su relación con algunos de sus factores determinantes de carácter socioeconómico mediante métodos estadísticos, se dan como resultado, los sistemas de información geográfica. Específicamente los mapas de la salud, que ayudan a monitorear las desigualdades económicas que se reflejan en ciertos tipos de enfermedades que se pueden agrupar y clasificar por grupos de ingresos[5]. Los análisis complejos de la situación de salud ayudan a simplificar la toma de decisiones en salud para la planeación y el mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios.

A principios de los años cuarenta, del crecimiento económico de México sentó las bases del proceso de desarrollo de la industria. En esta misma época las tendencias de la política económica en materia de salud se vislumbran como una política de seguridad social en donde la salud es parte de los derechos de los trabajadores.

En 1943, a finales de la Segunda Guerra Mundial se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social [6]. En octubre de ese mismo año se decreta la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia. Estos dos acontecimientos son fundamentales en cuando a las decisiones que marcan el funcionamiento del actual sistema de salud, así como las líneas de acción que conducirán al desarrollo de las políticas de salud.

[4] Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. 128ª. Sesión del Comité Ejecutivo. Informe sobre la 19ª. Sesión del subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo.- EUA: OMS-OPS, 2001. 41 p.
[5] SECRETARIA DE SALUD. Perfiles epidemiológicos de la salud. 1990.
[6] Diario Oficial de la Federación 4 de agosto, 1943

La población infantil, en su mayoría, presentaba múltiples cuadros de diarrea e infecciones respiratorias. En esa década de los años 40´s, las enfermedades más comunes eran: rubéola, el tifo mexicano o tabardillo, la viruela, la poliomielitis, y el paludismo [7]. México era un país con una esperanza de vida al nacer de 40 años, aunque había estados de la República que no superaba los 32 años promedio de vida. La mitad de los mayores de 15 años no sabía leer ni escribir, pues la cobertura era muy limitada, las mujeres tenían en promedio 6.5 hijos, de los cuales al menos uno moría antes de cumplir el año de edad. Los servicios de salud tenían muy poca cobertura. En 1943 el país contaba con apenas 4, 300 médicos, 383 hospitales de asistencia pública y 52 hospitales privados[8]. Casi todos los recursos estaban concentrados en las incipientes áreas urbanas, donde vivía menos de la cuarta parte de la población.

En los 60´s, la Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba con una planta de hospitales y centros de salud, que ya cubría parte del área rural. La cobertura del IMSS era de 6.5 millones de personas, alrededor de 15% de la población, y contaba con más de 11,000 camas de hospital [9]. En 1964 se inauguró el Centro Médico La Raza, que venía a sumarse al Centro Médico Nacional del IMSS. En 1960 se había fundado el ISSSTE, institución con la cual se extendían los privilegios de la seguridad social a todos los trabajadores al servicio del estado.

Durante 1970 prácticamente no hubo cambios en la infraestructura del sector salud público. Algunos de los programas y reformas mas importantes que se realizaron fuero: la expedición de un nuevo Código Sanitario; expedición de la primera ley sobre control de la contaminación ambiental; se encarga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia su aplicación; adicionalmente se estipulo en el Artículo 4 de la Constitución: Todos los individuos tienen el derecho de decidir, de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos; incorporación a la Ley del Seguro Social del concepto de solidaridad; inicio del Programa Nacional de Inmunizaciones

[7] Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
[8] Ídem
[9] Boletín de recursos de la Secretaría de Salud, 1984.

programa de vacunación; creación del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPIF) [10].

En 1980, de acuerdo a las estadísticas, y como resultado de los programas de planificación familiar, las familias tenían en promedio menos de 3 hijos, quienes contaban con el esquema completo de vacunación, así mismo, la población tenía en promedio, un nivel de educativo de 5to. año de primaria. La inversión en salud se incremento en 5.5 % del Producto Interno Bruto en relación a 1976[11].

Diversos autores[12] han calculado que México contaba en 1989 con aproximadamente 150 mil médicos titulados. Debido al comportamiento de la matrícula de las escuelas y facultades de medicina durante las dos últimas décadas, se establecieron importantes diferencias en cuanto a la composición de los grupos etéreos de los médicos entre 1979 y 1989. En términos generales, se puede decir que la población de médicos en México ha envejecido. En 1979, el 21 por ciento de los médicos tenían entre 20 y 24 años; para 1989 únicamente 6 por ciento pertenecían a este grupo de edad.

En los años noventa se impulsaron los siguientes proyectos como parte de la estrategias dictadas por el gobierno: inicia un programa llamado Sistemas Locales de Salud (SILOS) ; se creó el Programa IMSS-Solidaridad, con base en el Programa IMSS-COPLAMAR; se presenta el último caso de poliomielitis registrado; se inaugura del Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos; se crea del Programa de Vacunación Universal; se promueve la creación del Consejo Nacional de Vacunación; se llevan a cabo campañas preventivas a fin de reportar el último caso de difteria registrado; se promueve la creación de las Semanas Nacionales de Vacunación; se crea el Consejo Nacional de Salud, como una instancia de coordinación entre la Secretaría de Salud federal y los servicios de salud estatales; se inicia una nueva descentralización de los servicios estatales de salud creando la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); por otro lado, se implanta el Programa de Reforma del Sector Salud,

[10] ONU línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002. http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm [consultada el 28 de noviembre de 2006]

[11] Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.

12 Frenk J, Durán-Arenas L, Querol-Vinagre J, García C, Vázquez D. Los médicos en México: ¿cuántos, quiénes y en dónde? Gac Med Mex. En prensa y Narro J. Presente y futuro de los médicos en las instituciones públicas. Gac Med Mex. En prensa.

cuyos objetivos fueron: promover la calidad y eficiencia, ampliar cobertura, concluir la descentralización. En este proceso se conforma una secretaria de salud en cada estado como un Organismo Público Descentralizado (OPD) encargado de los servicios de salud. También se ponen en marcha los programas de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) y se publica en el Diario Oficial de la Federación del Programa de Certificación de Hospitales[13].

A principios del siglo XX y a la fecha, algunos de los proyectos más representativos que se han promovido son los siguientes: Publicación en el Diario Oficial de la Federación de las normas relativas a las Instituciones de Seguros Especializados ; Creación del Centro Nacional de Trasplantes; Publicación de la Carta de los Derechos de los Pacientes; creación en la Secretaría de Salud de la Oficina de la Coordinación de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas; surge estrategia contra la pobreza, denominada OPORTUNIDADES, que reemplazó al PROGRESA [14]

En el marco de la política social, el Estado puede subsidiar, parcial o totalmente, a partir de impuestos generales, el aseguramiento de las personas más pobres o incluso el aseguramiento de toda la población, es decir, que el gobierno federal proporcione servicios de salud a toda la población. Ello conlleva el paso del concepto de seguro social (cuyo financiamiento es fundamentalmente contributivo) al de seguridad social, que abarca tanto la asistencia social como los subsidios generalizados al aseguramiento.

La seguridad social permite disminuir los efectos externos negativos provocados al conjunto de la sociedad por el mal estado de salud de una parte de sus miembros, quienes no tienen capacidad económica para cubrir cuotas de aseguramiento por encontrarse desempleados. De hecho, el concepto de seguridad social implican, el aseguramiento universal en materia de salud (sin prejuzgar sobre la naturaleza pública privada de la provisión de los servicios).

[13] Ïdem 15
[14] Ibid 16

De acuerdo al artículo del Dr. Manuel Herrera Collazo[15], desde hace años que la pobreza y la salud están vinculadas con los criterios y lineamientos de política económica, siendo evidente que los pobres presenten mayores problemas de salud por las condiciones precarias de vida y por la deficiencia alimentaria. Si se eliminaran las condiciones sanitarias insalubres que afectan a los sectores pobres, su calidad de vida mejoraría. En la medida en que aumentara el ingreso, la esperanza de vida también aumentaría y las tasas de mortalidad infantil se reducirían. Se ha comprobado que en el análisis de las variables macroeconómicas, no solo el ingreso pér cápita promedio es lo que importa, sino también su distribución en la sociedad, factor que tiene un profundo impacto sobre los indicadores de salud[16].

El actual sistema de salud, tiene casi sesenta años de existencia. Su fundación data de 1943, año en el que crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), el IMSS y el Hospital Infantil de México, (el primero de las diez instituciones de salud más importantes del sector público). Posteriormente se crearon instituciones de investigación: Instituto Nacional de Salud Pública, de Enfermedades Respiratorias, de Pediatría, de Cardiología, de Psiquiatría, Hospital General, de la Nutrición, de Perinatología y de Neurología. Con este despliegue de ocho institutos y dos hospitales, se fijan los cimientos de nuestro sistema de salud. Simultáneamente a la creación de estas instituciones, surgió la primera generación de reformas en salud, que buscaban responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de la salud de la población obrera, atendida en las instituciones de seguridad social, primero en el IMSS, y a partir de 1960 en, el ISSSTE. La SSA, por su parte se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana. Desde sus orígenes, el sistema de salud quedo marcado por la escisión entre los derechohabientes de la seguridad social y la población no asegurada, que debía acogerse a la acción asistencial del Estado.

A finales de los años sesenta este modelo llegó a su límite y agoto sus posibilidades porque los servicios que se proporcionaban eran insuficientes para el tamaño de la población. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el

[15] COLLAZO HERRERA, Manuel *et al*. Health economics: should it concern the health sector?. *Rev Panam Salud Publica*, Nov. 2002, vol.12, no.5, p.359-365. ISSN 1020-4989.
[16] Op cit pag. 16

volumen e intensidad de la atención, centrada en el espacio hospitalario. En esta época el sistema de salud tenía aspiraciones de universalidad, sin embargo, seguía sin atender a las capas de la población más pobre. Un alto porcentaje de las familias dependía nada más de los recursos propios para atender su salud, accediendo con frecuencia a servicios de mala calidad. La expresión más clara de la crisis del funcionamiento del sistema de salud, fue que mientras millones de personas no tenían acceso a servicios básicos de salud, miles de médicos carecían de empleo.

Hacia finales de los años setenta el gobierno federal promueve una generación de reformas del sector salud. La primera se inició en 1977 con la integración del sector salud, bajo la coordinación de la SSA. No abarcó al IMSS, al ISSSTE, ni al DF[17], buscaba construir un sistema nacional de salud, que coordinara la utilización de los recursos y la infraestructura para ampliar la cobertura de atención primaria, es decir, mayor atención a la población. En 1979-1981 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR, que en 1989[18] se transformó en IMSS-SOLIDARIDAD, dirigido a los pobres del campo Unos años después, se implanta un programa paralelo de la SSA para las zonas de miseria urbana[19]. Si bien estos programas realizaron innovaciones importantes, la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad.

1.1 El sistema Nacional de Salud

En la búsqueda de fórmulas que contribuyeran a la eventual integración de los servicios de salud, en 1983 se instrumentaron diversas iniciativas, entre las que destacaron el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, y en 1984, la publicación de la Ley General de Salud[20]. En el marco de estas reformas comenzó la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA. Estas iniciativas fueron apoyadas

[17] ONU línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002. http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm [consultada el 28 de noviembre de 2006]
[18] SOBERÓN-ACEVEDO, G.; MARTÍNEZ-NARVÁEZ, G La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(5):371-378
[19] Programa de Atención a la Salud para la Población Marginada en Grandes Urbes, 1981
[20] Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

por una política de formación de recursos humanos dirigida a remediar los desequilibrios de la década previa y una política de impulso a la investigación.

El cambio estructural, sin embargo, se enfrentó a la resistencia de quienes habían sido los principales beneficiarios de la segregación entre derechohabientes de la seguridad social y el resto de la población. Uno de los efectos más lamentables de dicha resistencia, sumado a los recortes presupuestales durante la crisis de los años ochenta, fue la descentralización de los servicios de salud inconclusa, alcanzando solamente 14 estados (Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo[21]), situación que se mantuvo hasta 1995.

El centralismo persistente en la toma de decisiones y el bajo impacto que la primera descentralización tuvo en lo general, llevaron al gobierno federal a retomar el proceso en 1995 como parte del Nuevo Federalismo impulsado por el presidente Zedillo. La descentralización en la década de los noventa fue mucho más ambiciosa en sus objetivos: el acuerdo nacional para la descentralización de servicios de salud incorporó a los 31 estados de la federación y al Distrito Federal; por otra parte, los estados comenzaron a asumir mayores responsabilidades en la operación de sus sistemas de atención a la salud, y adquirieron mayor autonomía en el manejo de los recursos presupuestales. El proceso actual busca reservar para la autoridad federal funciones de tipo normativo y regulatorio, dejando a las entidades federativas la prestación directa de los servicios.

La descentralización, por otra parte, ha mantenido para el gobierno federal el papel de financiar el desarrollo de los sistemas estatales de salud mediante transferencias a los gobiernos de los estados, sin que ello implique sustituir la contribución financiera estatal. La distribución regional de las aportaciones federales para servicios de salud (provenientes de un fondo especial del Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la

[21] MORENO JAIMES, C La descentralización del gasto en salud en mexico: una revisión de sus criterios de asignación . – México: Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE y a la Fundación Ford, 2000. 40p

Federación desde 1998), se pretende que esté dictada por criterios transparentes y sustentados en las condiciones de salud de cada región.[22]

1.2 Principales líneas de acción en el último sexenio

En la elaboración de los programas sexenales de salud que integran los servicios de salud, especialmente de atención primaria del gobierno federal, se han propiciado cambios e incrementos en el volumen de los recursos humanos, materiales y financieros con los que dichos servicios cuentan para llevar a cabo sus acciones. Sin embargo, estos incrementos han sido insuficientes para satisfacer la demanda de la población[23].

Ante el constante incremento del gasto, las unidades de salud necesitan establecer y sistematizar controles económicos y financieros internos, así como también, deben de tener la posibilidad de interactuar con los organismos rectores de la salud pública en el marco de las regulaciones, relación que no existe, por lo que se refleja en las acciones no coordinadas del sector salud en el ámbito nacional y estatal. Entre los factores clave del incremento constante del gasto en la salud se encuentran el envejecimiento de la población, el desarrollo de la tecnología, los pagos al personal, el precio de los medicamentos, las nuevas enfermedades y las enfermedades emergentes, los problemas de origen ambiental, las necesidades de investigación y capacitación, y la gestión administrativa.

1.3 El cambio de la tendencia de la salud en México

A partir de 1940 se muestran dos elementos fundamentales en la salud:
a) La transición demográfica muestra el proceso de envejecimiento de la población, lo que significa que la población esta creciendo más rápidamente en los grupos de edad

[22] ídem
[23] FRENK, J II. Desempeño del sistema nacional de salud. *Gac Méd Méx*, sep./oct. 2001, vol.137, no.5. ISSN 0016-3813.

más avanzados que los grupos jóvenes. Son justamente las personas de mayor edad las que presentan los problemas de salud más difíciles de resolver.
b) En correspondencia, la transición epidemiológica presenta el drástico cambio en las principales causas de muerte. Ahí puede constatarse el aumento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, cuya prevención y tratamiento requieren de recursos cada vez más cuantiosos. A pesar de su descenso las enfermedades transmisibles, la desnutrición y la reproducción humana siguen representando una carga inaceptable para un país que aspira a modernizarse.

México padece el traslape de dos retos: por un lado, terminar con el rezago representado por las enfermedades del subdesarrollo, tales como las infecciones comunes, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales; y del otro, enfrentar los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, suicidios, padecimientos mentales, las adicciones y las lesiones causadas por accidentes de tránsito.

Este doble reto se pone de manifiesto al medir el peso de la enfermedad mediante un nuevo indicador desarrollado por el BM y la OMS. Este nuevo indicador se denomina Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos.

En comparación con los indicadores convencionales que solo miden la mortalidad, los AVISA ofrecen una imagen mas integral, pues combina las perdidas de salud debidas a muertes prematuras y a la discapacidad.

Además de una mayor complejidad epidemiológica, a México se le han juntado una serie de cambios que apuntan, todos, hacia un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud durante las próximas décadas:

-En el aspecto demográfico, México esta experimentando dos procesos de enorme trascendencia social; primero el rápido envejecimiento de la población, antes mencionado; segundo una acelerada y en ocasiones desordenada urbanización que genera riesgos para la salud. Al tiempo que acerca a la población hacia los principales núcleos donde se concentran los recursos médicos.

-En lo educativo, el notable aumento de la escolaridad genera mayores conocimientos y mejores prácticas sobre la salud, así como una capacidad mas refinada para demandar servicios y para interactuar con los prestadores de servicios.

-En lo tecnológico, los avances recientes en campos como la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones, prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver problemas de salud.

-En lo cultural, la diseminación de las explicaciones racionales y la constatación del poder de la tecnología producen mayores expectativas sobre la calidad de vida y mayor aceptación de las intervenciones científicas sobre la enfermedad.

-En lo político, la participación social se expresa en el reclamo de atención a la salud como un derecho social y en la exigencia por servicios de alta calidad, incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador.

-En lo económico, la profunda transformación estructural ha sentado las bases para generar una mayor demanda de la atención médica[24] por parte de la población.

1.4 El costo-beneficio en salud

En el presente documento solo abordaremos el concepto general de costo-beneficio, dado que se han desarrollado múltiples definiciones e interpretaciones. Incluso existen obras dedicadas únicamente a este tema aplicado a la atención de la salud[25]

Tomando la definición del diccionario de economía, tenemos que el costo-beneficio:
"describe y cuantifica las ventajas y desventajas sociales de una política en términos de una unidad monetaria común. Los fundadores de este método fueron Dupuit en el siglo XIX, y el verdadero despegue del análisis de este concepto se dio a partir de 1950, con

[24] FUNSALUD. Observatorio de la Salud. – México, 1985.
[25] WARNER, KE; LUCE BR Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: Principios, práctica y potencialidades.- México: Fondo de Cultura Económica, 1995. 214p.

Eckstein, Mckeany Krutilla. Posteriormente, Little y Mirless[26], lo desarrollaron más ampliamente. El problema central del análisis costo-beneficio es que si el proyecto es de grandes dimensiones, los precios relativos cambiarán (y el análisis los supone constantes), y si el proyecto es pequeño, (con lo que se puede admitir el supuesto) el análisis es irrelevante. Si el proyecto es pequeño, es trivial una evaluación rigurosa, que, además, es costosa. En este sentido es importante medir intangibles. La aplicación de este concepto es aplicable a favor del control estatal de inversiones.

De acuerdo a especialistas del área de economía de la salud, como Drummond, el concepto de costo en el ámbito de la salud se define como el conjunto de los recursos absorbidos para la realización de una acción. En este sentido, los costos pueden ser directos e indirectos[27]. Los directos son aquellos costos que intervienen en la realización de la acción y los costos indirectos son los que se realizan en forma indirecta.

Siguiendo la lógica de Drummond, se requiere hacer una evaluación de alternativas para combatir una enfermedad específica, los costos directos son las erogaciones requeridas para el desarrollo del proyecto de salud, tales como compra de insumos (medicamentos), infraestructura de atención a la salud (edificios, equipo, etc. Estos bienes pueden ser valorados económicamente en forma inmediata ya que poseen un precio en el mercado.[28]

Los costos indirectos tienen que ver con los costos en los que incurre un individuo por la utilización de su tiempo. En el caso de la evaluación de una enfermedad, el individuo (y frecuentemente un acompañante) desvía la utilización productiva de su tiempo para atender su salud, incluyendo en este costo el tiempo de espera o el tiempo de traslado a los servicios médicos[29].

Drummond, define los beneficios como el valor económico de los efectos de la alternativa de acción considerada. Los beneficios también se dividen en directos,

[26] AHIJADO, M; AGUER, M Diccionario de economía y empresa.- España: Ediciones Pirámide, p.483
[27] DRUMMOND, M.F. & STODDART. G.L. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Stat.Q.,* 38:1-18, 1985.
[28] GUTIERREZ ZUNIGA, Cristina, HERNANDEZ PENA, Patricia, ORTIZ GUERRERO, Claudia *et al*. Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental. *Rev. Saúde Pública*. 1994, vol. 28, no. 2, pp. 153-166.
[29] DRUMMOND, M.F. & STODDART. G.L. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Stat.Q.,* 38:1-18, 1985.

indirectos e intangibles. Trasladando estos conceptos al campo de la economía de la salud, podemos considerar a los beneficios directos como el abatimiento de una enfermedad. Los indirectos, por otro lado evitan el impacto de la enfermedad en la productividad o el ingreso debido a la ausencia laboral o reducción de la actividad[30].

Por su parte, la contabilidad de los costos en un sistema de información que recopila, clasifica, registra, controla y notifica los costos para facilitar la toma de decisiones, la planeación y la administración. Los informes de costos son muy útiles también para la selección de opciones en cualquier situación. Los principales objetivos de la contabilidad de costos son: 1) generar informes para medir la utilidad proporcionando el costo correcto de producción, ventas o servicios, 2) determinar los costos de los inventarios, y 3) proporcionar informes para facilitar la planeación, ejercer el control administrativo y tomar decisiones.

La información contable de los servicios de salud es una herramienta útil que permite a los administradores de salud gestionar los recursos adecuadamente. Por un lado, sirve para indicar la cantidad de fondos necesarios para llevar a cabo los programas, para determinar el uso dado a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la población. Los recursos a disposición de los servicios de salud son limitados; de ahí la importancia de aprovecharlos mejor, cosa que puede lograrse mediante la información sobre los costos y su análisis.

¿Cuánto gasta el país en los servicios de salud? ¿Es mucho o poco? ¿Qué proporción del Gasto Nacional en Salud (GNS) proviene del gobierno, y qué fracción aportan los individuos? ¿Quién se beneficia del gasto público? Se torna vital para las políticas de salud disponer de información confiable sobre el financiamiento y el gasto destinado a la salud, a fin de analizar la eficiencia y la evolución del sistema sanitario. En el ámbito internacional, la forma más común de comparar los gastos es determinando qué porcentaje del producto interno bruto (PIB) representa del Gasto Nacional en Salud[31]. Aún teniendo la respuesta a todas estas interrogantes sería imposible clasificar algunos conceptos, pues de acuerdo a algunos autores, ningún sistema de salud en el mundo es

[30] HAENSZEL, W.A. Standarized rate for mortality defined in units of lost years of life. *Am. J.Public Health,* 40:17-26, 1950.
[31] Trimestre Económico XXXVIII, pags. 325-410

público o privado en su totalidad, ni en su financiamiento ni en la prestación de los servicios, por lo que siempre habrá datos finos que sería imposible cuantificar.

Entre los mecanismos más comunes de financiamiento del sector salud figuran los fondos públicos, los seguros de salud, el cobro a los usuarios, la seguridad social y la cooperación internacional. El gasto tiene diferentes grados de impacto sobre la situación de salud, según el tipo de sistema y las estrategias, programas e intervenciones que se adopten. De acuerdo con los tipos de servicios que se ofrecen, los gastos pueden destinarse, entre otras cosas, a la promoción de salud, a acciones preventivas o curativas y a la obtención y producción de fármacos.

1.5 La economía de la salud

A partir de la década de los setenta, el crecimiento del gasto público, y particularmente el sanitario, fue una de las preocupaciones fundamentales de los gobiernos, estableciendo una relación entre el problema del crecimiento del gasto sanitario con una solución económica, dando origen con esta circunstancia a la entrada de los economistas en los problemas de salud. Años más tarde se percibió que la expansión del gasto sanitario era un falso problema y que su abordaje no debía ser exclusivamente económico[32].

En este contexto surge la economía de la salud, como una rama de la economía que estudia la producción y distribución de los servicios salud y la atención sanitaria de acuerdo a algunos autores, entre los que destacan Culyer y Newhouse [33]. El concepto de economía de la salud nos da una mayor orientación en la aplicación de los conceptos económicos a problemas de salud y servicios sanitarios, ya que se ha convertido en una rama generadora de avances teóricos en la propia disciplina económica, especialmente en los ámbitos de la teoría del capital humano, medidas de

[32] ORTUN-RUBIO,V; PINTO-PRADES, JL; PUIG-JUNOY, J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. – En: Atención Primaria, 2001 : 27(1) ene.
[33] Culyer A, Newhouse J, editores. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.

desenlace, economía del seguro, métodos econométricos, demanda inducida y análisis coste-efectividad [34].

Al profesional de la salud le interesa, un enfoque de la economía de la salud en el que participe en la investigación sobre servicios sanitarios en el contexto de la salud pública, en la medida que los resultados de la investigación pueden contribuir a los conocimientos, habilidades y actitudes. Por ejemplo, los conocimientos sobre las causas determinantes de la enfermedad; sobre la eficiencia relativa de diversas alternativas de financiamiento; la organización y gestión de los servicios sanitarios; actitudes para orientar eventuales contradicciones entre el bienestar de un paciente y el bienestar de la población. En este sentido la estabilidad política y crecimiento económico son importantes, porque repercuten en el bienestar que se extiende a la sociedad en su conjunto, lo que conlleva a que la cobertura de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos los mexicanos.[35]

Al introducir el análisis económico en el sector de la salud se ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizando por un lado, los procesos y los costos de producción, y por el otro, evaluando los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto, no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida. En el análisis económico el sector salud integra las teorías económica, social, clínica y epidemiológica a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud.

Recientemente se han incorporado nuevos conceptos en el análisis sectorial de la salud y la economía. Es así como algunos especialistas han utilizado la convergencia de varios conceptos y una nueva corriente que identifica todas estas variables como la economía de la salud. La economía de la salud se aplica para investigar los siguientes aspectos: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias;

[34] ORTUN-RUBIO,V; PINTO-PRADES, JL; PUIG-JUNOY, J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. – En: Atención Primaria, 2001 : 27(1) ene.
[35] Del Prete S. Economía y salud en tiempos de reformas. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de La Plata; 2000

la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación microeconómica[36].

Por lo anterior, entendemos que la economía tiene como objeto estudiar las elecciones que orientan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, atendiendo a qué, cómo y para quién producir bienes y servicios, así como a la necesidad de lograr beneficios máximos con un mínimo de riesgos económicos y sociales[37]. Tomando en cuenta a otros autores, respecto a que la salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exigen trabajo y dinero. Lograrla implica satisfacer necesidades expresadas como de demanda y más el costo de oportunidad que implica renunciar a otros bienes. Por tanto se requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social.

1.6. La farmacoeconomía

Como se mencionó anteriormente, a partir de los años sesenta se comenzó a generar un cambio en el concepto del desarrollo y se habló de inversión en salud. Es durante los años ochenta cuando esta situación se hace más evidente, pues se agudiza la crisis por el incremento de la deuda externa de los países en vías de desarrollo y los países industrializados sufren una fuerte recesión como consecuencia del desarrollo del capitalismo. Esta situación originó la necesidad de recortar la inversión en salud con la idea de invertir después de haber logrado cierto nivel de estabilidad y desarrollo económico. Es así como se comienzan a aplicar programas de ajuste estructural que llevaron a la introducción de criterios económicos y medidas de política económica en la organización de los servicios de salud[38].

Algunos autores, como Julio Frenk [39], se refieren a la salud como un punto donde se articulan la política social, con sus metas de equidad y bienestar, y la política económica

[36] Arredondo A. Economía de la salud para América Latina: un marco para el análisis y la acción en sistemas de salud. Lima: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999
[37] Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
[38] VELAZQUEZ, G Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial? – En: Revista Panamericana de Salud Pública, Ene 1999 : 5(1), pp. 54-7.
[39] Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.

con su interés por la productividad. Crecimiento y equidad son dos propósitos medulares indispensables, dificiles de conjugar en el contexto internacional actual [40] . Desafortunadamente, aunque la descripción y el análisis contribuyen a crear conciencia sobre la necesidad urgente de que el sector de la salud se administre y organice con criterios de racionalidad económica, no siempre se llegan a formular estrategias y modelos que respondan al nuevo contexto internacional. Además, hay que tener presente que el verdadero objeto de la economía de la salud no es describir y manejar las cuentas y gastos del sector, sino garantizar el acceso equitativo, el cuidado y mantenimiento de la salud.

De acuerdo con Frenk [41], el vínculo entre la economía y la salud tiene dos atributos principales: simultaneidad y dualidad. La simultaneidad se refiere a que los niveles de salud de la población y el grado de desarrollo económico se retroalimentan mutuamente, por lo que es indispensable progresar simultáneamente en los dos frentes. La dualidad se refiere a que los servicios de salud cumplen un doble papel: son un factor de bienestar y, al mismo tiempo, un elemento importante de la economía. El nuevo contexto internacional, aumento exagerado en los costos de muchas tecnologías de salud y las crecientes presiones por disminuir los presupuestos de salud en la mayoría de los países, han llevado a plantear la necesidad de una evaluación económica de las intervenciones en salud, incluida el área de los medicamentos.

En este contexto surge otra materia dentro de la economía denominada farmacoeconomía, que se refiere a "la aplicación de la teoría económica a la farmacoterapia" [42]. El concepto se originó en países industrializados principalmente en Australia a finales de los años ochenta e inicios de los noventa, y rápidamente lo adoptaron varias de las grandes compañías farmacéuticas. Actualmente, esta nueva disciplina se ejerce principalmente en Australia, Canadá y Gran Bretaña y la mayoría de los estudios de farmacoeconomía realizados en esos países corresponden a tres objetivos: a) evaluaciones económicas para determinar si se continúa la búsqueda de un nuevo producto, ya sea en la fase inicial de investigación o en la de desarrollo; b) evaluaciones económicas para justificar el precio del producto, identificando elementos

[40] Idem.
[41] Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
[42] Milne R. [Editorial] *PharmacoEconomics* 1992; 1(1):1.

para la fijación de precios, como los costos de producción y las características del mercado.[43]

El marcado aumento de los costos de las tecnologías sanitarias y la creciente presión por disminuir los presupuestos destinados a la salud en la mayoría de los países, han llevado a la necesidad de evaluar el empleo de los medicamentos no solamente en términos farmacoterapéuticos, sino también de su impacto económico y social, sin dejar de lado los aspectos técnicos y científicos relacionados con su eficacia, inocuidad y calidad. La evaluación farmacoeconómica compara las propiedades terapéuticas de distintos medicamentos y otras formas de tratamiento y los costos de usarlos como métodos alternativos, así como la factibilidad de aplicar conceptos económicos de costo-beneficio para tomar decisiones en el sector farmacéutico y en los sistemas de salud.

La farmacoeconomía puede definirse como la aplicación del análisis económico al campo de los medicamentos o también, se puede interpretarse como la vinculación de la teoría económica con el campo de la farmacoterapia. La evaluación económica del uso, consumo y producción de los medicamentos podría definirse también como el proceso para determinar la eficiencia (la relación entre los costos y los efectos logrados) de un tratamiento farmacológico y compararla con la de otras opciones, a fin de seleccionar la opción que presentará una relación de costos de producción y beneficios a la salud más favorables.

La aplicación de los conocimientos y técnicas de la evaluación económica, al campo de los medicamentos permite centrar el análisis en el tratamiento de los problemas que plantean una adecuada prescripción, como desde el punto de vista de la efectividad terapéutica y de la eficiencia; es decir, la obtención de un beneficio social a un costo razonable. La fármaco-economía se presenta como, una herramienta útil para medir los efectos que tienen las decisiones sobre los recursos disponibles y las posibilidades de cuantificar su impacto social sobre la salud y los costos de la intervención sanitaria.

La evaluación económica de los medicamentos constituye un instrumento de trabajo útil para aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros que se

[43] VELAZQUEZ, G Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial? – En: Revista Panamericana de Salud Pública, Ene 1999 : 5(1), pp. 54-7.

destinan a los servicios de salud. Su aplicación práctica, basada en la noción de que el paciente debe recibir la atención que requiere para mantener su salud, orientada hacia la realización de estudios que permitan respetar ese principio mediante la eficiencia y racionalidad en el uso de los fármacos.

La evaluación económica no resuelve todos los problemas que enfrentan diariamente los profesionales de la salud, pero permite reducir la arbitrariedad en la toma de decisiones en torno al uso de los recursos disponibles, siendo por lo tanto una medida indispensable para mejorar la práctica sanitaria a un costo asumible para la sociedad.

En otras palabras, solo se puede practicar una medicina eficaz si hay una administración eficiente de medicamentos, y a la fármaco-economía le ha correspondido un papel importante en la consecución de estos objetivos.

1.7 Ámbito internacional

Si bien en el decenio de 1990 la mayoría de los países de América Latina y el Caribe aumentaron el porcentaje del PIB asignado al gasto social, esos incrementos no dieron los resultados esperados. Estos países no sólo deben aumentar el gasto en salud o en programas específicos, sino que además, deben evaluar la combinación de asignaciones presupuestales para generar intervenciones más eficaces en función de los costos y conseguir la disminución de las desigualdades.

En su búsqueda los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cada país de la región debe responder desafíos particulares de su población, en materia de salud y de otros ámbitos. Todos se beneficiarían en un marco de políticas que incluyeran el compromiso del acceso universal a la atención de salud y el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública del Estado.

Algunas metas serán más fáciles de lograr que otras, pero para cumplir con el objetivo más amplio de reducir las inequidades, los países deben esforzarse más allá de las metas mínimas del milenio basadas en compromisos nacionales, deben de estar dispuestos a subir el nivel. Esta es una tarea histórica que exige un compromiso político, liderazgo,

innovación y creatividad. También requiere que la región de las Américas reúna la voluntad y los recursos necesarios para lograr que la salud haga su propia contribución al bienestar social, la reducción de la pobreza y una mejor calidad de vida.

1.7.1 Antecedentes de la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

A nivel internacional y por medio de los organismos internacionales, se van dando pautas sobre las tendencias mundiales de la salud. En este sentido, es la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo perteneciente a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la responsable de dictar líneas de trabajo, sustentadas en indicadores de salud y con informes epidemiológicos, sobre las tendencias de salud a nivel mundial. La OMS ha desarrollado diversas iniciativas dirigidas a mejorar la calidad de la salud de todos los países, con la finalidad de que los países integrantes de este organismo sigan dichas iniciativas y con ello contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos.

En septiembre de 2000, representantes de 189 países se reunieron en la Cumbre del Milenio, convocada por las Naciones Unidas en la Ciudad de Nueva York, y adoptaron la declaración que dio base a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio[44]

Estos objetivos forman parte de una serie de iniciativas emprendidas por los gobiernos, pertenecientes las Nacionales Unidas, y las instituciones internacionales de financiamiento dirigidas a reducir la pobreza en el mundo. Es necesario conocer algunas otras iniciativas de las Naciones Unidas, como la Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Brasil en septiembre de 1992; la Conferencia Internacional sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China, en septiembre de 1992; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en el Cairo, Egipto, en septiembre de 1994; la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, llevada a cabo en Copenague, Dinamarca, en marzo de 1995; y la Conferencia Mundial sobre el Racismo,

[44] ONU Qué son los objetivos de desarrollo del Milenio?
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ [consultado el 28 de noviembre de 2006]

la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Durbnan, República de Sudáfrica, en agosto de 2001, entre otras.[45]

Uno de los resultado visibles de estas iniciativas que se dio en la década de 1990 el establecimiento de la voluntad política necesaria para buscar soluciones coordinadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo, condición imprescindible para lograr la voluntad política necesaria para buscar soluciones coordinadas entre dichos países para lograr el financiamiento que requiere su puesta en marcha. En este sentido, un resultado importante fue incorporar al proceso de negociación a las agencias técnicas de cooperación bilateral y multilateral como contraparte de los organismos de financiamiento internacional. Otra aportación fue incorporar a la agenda internacional el tema de la pobreza, entendida esta como un obstáculo para el desarrollo que solo podría superarse en el marco de la llamada cooperación Norte-Sur.

El establecimiento de objetivos de salud no son condición suficiente para el mejoramiento de la salud a nivel mundial, pero si son una condición necesaria que facilita el desarrollo de un sistema para monitoriar la salud en la población y para la evaluar el impacto de las acciones tomadas. Una vez establecidos esos objetivos de salud es necesario disponer de un organismo que transforme los datos en información inteligible, posibilitando de esta forma la utilización de esa información. La generación de datos útiles que satisfagan las necesidades políticas y sociales de información, sólo será posible mediante una estrecha relación entre los productores y los usuarios de los datos. Aunque un sistema de información pueda tener una calidad técnica idónea, desde un punto de vista estratégico su utilidad suele ser poco relevante porque los encargados de la toma decisiones desconocen normalmente su existencia y su contenido.

Por otro lado, como los productores de los datos tampoco saben lo que esas personas quieren, no es extraño que las modificaciones efectuadas en esos sistemas afecten exclusivamente a las características técnicas de los mismos. Sólo mediante el establecimiento de un puente entre las personas que capturan la información y quienes procesan la información se podrán crear sistemas con los datos confiables y oportunos.

[45] ídem

La mejor forma de alcanzar este objetivo es mediante un organismo integrado con profesionales calificados que establezcan un puente entre los productores de los datos y los encargados de la toma de decisiones.

Los profesionales del manejo de la información deben conocer, por un lado, la información que la autoridad política necesita en todo momento y, por el otro, deben saber perfectamente en dónde están los datos disponibles, qué son susceptibles de mejorar y cuáles son las principales lagunas de información para dar respuesta a esas necesidades de demanda de información.

1.7.2 Los Objetivos del Milenio en materia de salud

Los objetivos del milenio están vinculados con estas iniciativas previas y representan un avance por haber logrado establecer ocho objetivos concretos: erradicar la pobreza y el hambre, lograr la universalización de la enseñanza primaria, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sida, el paludismo y otras enfermedades contagiosas, garantizar la sustentabilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Aunque las Metas del Milenio (MDM) establecen solo tasas nacionales, sin hacer referencia a la equidad, de su espíritu se desprende que la prioridad es mejorar las condiciones de vida de las personas en los segmentos más pobres de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en abril de 2003, estableció que tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud [46].

[46]Op. Cit pag. 31

Los tres objetivos identificados están encaminados explícitamente a reducir los riesgos relacionados con tres problemas de salud más importantes en las poblaciones vulnerables: la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la infección por el VIH.

En este sentido, el sector salud tendrá la responsabilidad de poner en marcha, monitorear y evaluar las medidas propuestas para alcanzar las metas formuladas[47].

También se considera que corresponde al ámbito de la salud tratar de cumplir los objetivos asociados con otras dos metas: mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y reducir la proporción de la población que no tiene acceso al agua potable.

[47] Íbidem pag. 33

2. LA PLANEACIÓN EN SALUD

La planeación y el control administrativo están estrechamente interconectados. No se puede controlar algo sino se establecen sus objetivos y métodos, para conseguirlo, de igual manera, no se puede emprender un plan si no se cuenta con bases de un control interno.

Existen muchos elementos a considerar dentro del proceso de planeación, en este sentido el punto de partida son los objetivos o metas, posteriormente la definición de: las estrategias [1], las políticas, los procedimientos, las reglas, los programas y los presupuestos, que en su conjunto son parte del proceso de planeación.

Una vez que se está conciente de las oportunidades, se debe planear racionalmente mediante el establecimiento de objetivos, elaborando suposiciones sobre el ambiente actual y futuro, encontrar y evaluar acciones alternativas y seleccionar la más conveniente a seguir. Los planes, por su parte, deben incluir un periodo suficientemente extenso para cumplir con los compromisos adquiridos con las decisiones tomadas. Existen programas a corto y largo plazos, los de corto plazo deben de coordinarse con los de largo plazo para obtener mejores resultados.

Por lo anterior, es importante detectar las oportunidades, que deben de establecerse para el problema que se desea resolver y porqué, definiendo de manera general qué se espera obtener y después como se puede resolver.

Se debe destacar que los valores establecidos para cada uno de los indicadores económicos están estrechamente ligados al conocimiento científico-técnico actual y los expertos coinciden en que no será posible alcanzar en todos los casos valores inferiores a los obtenidos ya en los países desarrollados. Los responsables de diseñar las políticas y programas de desarrollo se enfrentan al desafío de alcanzar con sus decisiones los

[1] KOONTZ, H; WEHRINCH H. Administración. Una perspectiva global.- México: Mac Graw Hill, 11ava. Ed., 1993. pag. 154.

objetivos propuestos en los plazos pre-establecidos, lo cual exige un respaldo político, la participación de la sociedad civil y la aplicación de un enfoque técnico.

De acuerdo con Ahijado, M y Aguer, M, la planificación es el proceso que comienza formulando unos objetivos, definiendo una estrategia (de organización), así como las políticas y planes para lograr esos objetivos. Este proceso de planificación permite la elaboración y puesta en práctica de decisiones que incluyen: a) las funciones de planeamiento y control del avance de la obra (previsión a largo plazo y mediano plazo), y b) las funciones de programación (previsión a corto plazo y lanzamiento del proceso operativo).

En este contexto surge una corriente como la planeación estratégica (strategic planning), que algunos autores mencionan como el método práctico para la adopción de decisiones coordinadas a largo plazo dentro de una empresa u organización; es el diseño de la estrategia o camino que la empresa sebe seguir en relación a una serie de variables centrales, como productos, procesos, precios, etc.[2]

Aplicando estos conceptos al caso de la salud se da origen a la planeación en salud que debe basarse en las necesidades de salud de la población y en su situación de salud. Es en este contexto que también deben incluirse y tomarse en cuenta que la salud obedece a múltiples causas y se ve influida por factores determinantes de índole socioeconómica y por factores biológicos relacionados con el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud así como otros factores que no dependen propiamente del sistema sanitario, por ejemplo: las posibilidades de financiamiento, las necesidades y problemas sociales, y el grado de desarrollo tecnológico, que son temas que aparentemente no tienen que ver con la salud, pero que son relevantes para el mejoramiento del bienestar físico, como lo es el caso del desarrollo tecnológico, con el descubrimiento de nuevos aparatos médicos se pueden ofrecer mejores y más efectivos tratamientos y que en algunos casos pueden llegar a ser menos dolorosos para el enfermo.

[2] AHIJADO, M; AGUER, M Diccionario de economía y empresa.- España: Ediciones Pirámide, p.483

La planeación a menudo se concibe como un proceso continuo compuesto de momentos encadenados sistemáticamente. Dicho proceso consiste en un ciclo de cuatro fases: a) la explicativa (los antecedentes de la situación, la situación actual, las tendencias observadas, b) la normativa (la situación deseada), c) la estratégica (lo que es factible), d) la táctica operacional (lo que se va a hacer).

La importancia del uso de las fuentes de información en los procesos de planeación es fundamental pues permite reunir instrumentos de análisis que suponen las relaciones y condiciones existentes de las variables macroeconómicas que permitirán ofrecer, entre otros indicadores, servicios de salud a la población que evalúen los costos y beneficios potenciales de los programas instrumentados en el proceso de planeación[3].

El poder contar con fuentes de información en salud para la toma de decisiones permitirá conocer a fondo cuales son las necesidades de la población, los problemas de salud, la edad de los enfermos, las zonas donde se presentan esos problemas, cuales son las características económicas, a que se dedican, cuales son los medios de producción, si cuentan con servicios de luz, agua potable, drenaje, entre otros.

2.1 La planeación estratégica en salud

La planeación de las decisiones y orientaciones que tendrán consecuencias a largo plazo se conoce como planeación estratégica y consiste en un esfuerzo por tomar decisiones y emprender acciones para orientar a una organización o institución en su quehacer, en su manera de hacer las cosas y en las razones que tiene para hacerlas, enfocado todo hacia el futuro. Los ejes principales de la planeación estratégica son: los valores, la misión y la visión, todos contribuyen a definir la viabilidad política, económica e institucional de un programa[4].

[3] WARNER, KE Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: Principios, práctica y potencialidades. México: Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica, 1982. 121-169
[4] La STONER, JAF; FREEMAN, RE; GILBERT, DR Administración. – México: Pearson Education, 1996. p. 292.

En septiembre de 1978 se reconocieron en Alma-Ata [5] el derecho y la responsabilidad de las personas de participar individual y colectivamente en la planeación e implementación de su propia atención sanitaria. El método propuesto en el marco de la planificación local para mejorar la salud en el ámbito comunitario se basa en los siguientes pasos:

a) identificar los problemas y establecer prioridades;
b) concebir y poner en marcha proyectos y programas, y
c) evaluar el impacto de las intervenciones.

Una vez que los tomadores de decisión ponen en marcha las estrategias nacionales adecuadas a la luz de su propia realidad, movilizan recursos, y fomentan la participación social y comunitaria. Para el tomador de decisiones, la salud sirve de concepto integrador, y reúne los elementos del entorno social y las enfermedades para analizar el conjunto de datos generados, planteando estrategias adecuadas a la comunidad a la que van dirigidas.

Se han realizado procesos de descentralización que han puesto de manifiesto que es posible potenciar la gestión local con una participación más consciente y activa por parte de los distintos sectores, los tomadores de decisiones y lapoblación en general.

La equidad en materia de salud se considera como uno de los principios básicos para el desarrollo humano y la justicia social[6], y debe niveles cada vez más altos. En la actualidad, la equidad es objeto de diferentes reformas sociales y económicas, por lo que entre las instancias de toma de decisiones y grandes segmentos de la población se considera necesario que se continue el debate sobre el tema y que se busquen métodos e indicadores para medir las desigualdades en salud[7] que en ocasiones es complicado demostrar.

[5] Anexo 2
[6] LOYOLA, Enrique *et al*. Geographic information systems as a tool for monitoring health inequalities. *Rev Panam Salud Publica*, Dec. 2002, vol.12, no.6, p.415-428. ISSN 1020-4989.
[7] ídem

Uno de los primeros pasos para determinar la magnitud de las inequidades en el área de la salud es la medición de las desigualdades. Las necesidades de salud insatisfechas que afectan a diversos grupos poblacionales han sido utilizadas como medidas alternativas para definir y monitorear las desigualdades en salud, porque miden y reportan datos a partir de las peticiones de los pacientes (solicitud de servicio médico, carencia de medicamentos, etc.). Esta medición y el monitoreo de los problemas de salud son esenciales para la adecuada asignación y distribución, tanto social como geográfica, de los recursos y servicios de salud.

2.2 La planeación y la toma de decisiones

De acuerdo a autores como Koontz, es a partir de la planeación y de la toma de decisiones que se establecen controles estrechamente interconectados en los procesos necesarios para concretar un plan de trabajo. No se puede controlar algo sino se establecen sus objetivos y métodos para conseguirlo, de igual manera, no se puede emprender un plan si no se cuenta con bases de un control interno.

Existen muchos elementos a considerar dentro del proceso de planeación, pero se parte de los propósitos y misiones. En este punto de partida se subrayan los objetivos o metas, seguido o concomitante de las estrategias [8], las políticas, los procedimientos, las reglas, los programas y los presupuestos. Una vez que se esta conciente de las oportunidades, se debe planear racionalmente mediante el establecimiento de objetivos, elaborar suposiciones sobre el estado de la salud actual y futuro, encontrar y evaluar cursos de acción, alternativas y seleccionar un curso a seguir.

De acuerdo con el principio de compromiso, los planes deben elaborarse en un período suficientemente extenso para cumplir con los compromisos adquiridos con las decisiones tomadas. Los planes a corto plazo deben de coordinarse con los de largo plazo. La detección de las oportunidades se debe establecer en problema que se desea resolver y porqué, definiendo de manera general que se espera después de resolverlo.

[8] KOONTZ, H; WEHRICH, H Administración. Una perspectiva global. – México: Mac Graw Hill, 1993. p. 154.

Las principales características de una decisión son incertidumbre, importancia e implicaciones [9].

De acuerdo a Morton y Kamen, las características principales de una decisión reúnen estos elementos:

Incertidumbre, entendiendo como incertidumbre el no poseer la certeza sobre el comportamiento de los factores que intervienen en la decisión.

Unicidad: que la acción a realizar sea irrepetible, que sea único, por primera vez, ya sea para la persona o para la empresa. Que no se repita y en el caso de que lo haga, el acto se convierte en una tarea conocida y por lo tanto en una regla y no en una decisión.

Importancia: refiriéndose a los recursos que se comprometen en la decisión. las cuales deben representan una porción significativa de los recursos totales en el momento de la aplicación.

Implicaciones: los efectos colaterales o directos que repercuten en la toma de la decisión.

Referencia: trata de un sistema de valor jerarquizable, la toma de decisiones en condiciones de certeza, incertidumbre y riesgo, es una práctica común.[10]

Existen varios modelos de decisión, en este documento solo nos referiremos a la toma de decisiones desde el punto de vista de la planeación estratégica. De acuerdo a esta metodología se identifican 4 etapas:

Primera Fase. Investigación de la situación, definición del problema, diagnóstico e identificación de objetivos.

[9] KOONTZ, H; WEHRICH, H Administración. Una perspectiva global. – México: Mac Graw Hill, 1993. p. 154.
[10] Ídem

Segunda Fase. Desarrollar alternativas. En esta etapa se debe de recurrir a la búsqueda de varias soluciones. En muchos casos se recurre a la lluvia de ideas, que consiste en organizar grupos de participantes donde se proponen alternativas, de forma espontánea, incluso aunque parezcan ilógicas o irreales [11].

Tercera Fase. Evaluar las alternativas y elegir la mejor entre las disponibles. En esta etapa es fundamental realizarse las siguientes preguntas: ¿es viable esta alternativa? ¿representa la alternativa una solución satisfactoria?¿cuáles son las posibles consecuencias para el resto de la organización? [12].

Cuarta Fase. Implantar la decisión y monitorearla. La aplicación de la decisión no sólo se limita a girar las órdenes adecuadas. Se deben de conseguir los recursos y asignarse de acuerdo con las necesidades y estas decisiones deben de estar sujetas a monitoreos para realizar los ajustes necesarios a fin de poder obtener los resultados planteados[13].

2.3 La evaluación económica

La creciente presión del gasto en atención sanitaria hace que cada vez mayor presión sobre las decisiones a la hora de adoptar o aplicar una determinada tecnología sanitaria (prueba diagnóstica, intervención, medicamento, etc.) En un entorno en donde cada vez más son escasos los recursos, es esencial elegir entre las distintas alternativas posibles de forma racional, por lo que la evaluación económica se está convirtiendo en una herramienta imprescindible en la toma de decisiones.[14]

En el caso de los gestores de la sanidad pública este análisis no sería correcto, ya que unos recursos inmovilizados en el tratamiento de determinados pacientes no pueden ser utilizados para tratar a otros. En este caso conceptos como el costo de oportunidad y la asignación eficiente de recursos cobran gran relevancia.[15]

---

[11] STONER, JAF; FREEMAN, RE; GILBERT, DR Administración.- México: Pearson Educación, 1996. p. 272
[12] Ibid
[13] Op cit 12
[14] HIDALGO VEGA, A; CORUGEDO DE LAS CUEVAS, INDALECIO Economía de la salud.- España: Ediciones Pirámide, 2000. pp. 313
[15] HIDALGO VEGA, A; CORUGEDO DE LAS CUEVAS, INDALECIO Economía de la salud.- España: Ediciones Pirámide, 2000. pp. 315

Autores como Culyer [16] ó Williams[17], definen la evaluación económica como un concepto que debe ser considerado como una herramienta en la toma de decisiones, pero no solamente como un conjunto de normas completas que determinen la elección social, sino que además considere la cuestión de fondo de alcanzar objetivos de eficiencia económica desde la perspectiva social, al ser evidente la existencia de una preocupación por cuestiones de eficiencia distributiva, puesto que las desigualdades en salud son, en teoría, menos aceptadas y toleradas que las desigualdades por ingresos salariales.

Por tanto, el proceso de evaluación económica se convierte en una labor interdisciplinaria que viene a orientar la toma de decisiones en las políticas sanitarias. Uno de los mayores problemas al que se enfrenta la evaluación económica es que el bienestar no es ni directa ni inmediatamente observable, motivo por el que la evaluación económica se centra en la identificación, medida y valoración de los efectos que se supone tienen en relación directa con el bienestar.[18]

Por tal motivo, la evaluación económica también consiste en valorar una acción concreta en términos del monto de inversiones que precisa su rentabilidad económica y social. Es también un proceso analítico que establece criterios útiles para tomar decisiones y elegir entre diferentes formas de asignar los recursos. Particularmente en el sector salud, este proceso sirve para valorar la relación entre el monto de los recursos invertidos y los resultados obtenidos, tanto en efectos positivos como en beneficios a la sociedad, dirigidos a lograr un máximo de bienestar social.

En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación económica. Drummond ideó una clasificación muy interesante, en la cual los métodos de evaluación económica se dividen en parciales y completos atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias

[16] Culyer, A.J. The normative economics of health care finance and provision Oxford Review of Economic Policy 1989: 5(1) p:34-58
[17]WILLIAMS A; GIARDINA, E Efficiency in the public sector: The theory and practice of cost-benefict analysis.- London: Edward Elgar Pub, 1993. p.45
[18] HIDALGO VEGA, A; CORUGEDO DE LAS CUEVAS, INDALECIO Economía de la salud.- España: Ediciones Pirámide, 2000. pp. 316

o resultados, y alternativas[19]. Si se prescinde de uno o más de estos tres elementos, el estudio se clasifica como parcial. Entre los estudios parciales se encuentran los siguientes:

Los estudios de descripción de consecuencias, donde se evalúa un programa o un servicio en términos de sus efectos y beneficios sin comparar alternativas ni analizar los costos: a) los estudios de descripción de costos, en los que se analizan los costos, entre ellos los que se asocian con una enfermedad, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias, b) los estudios de costos y consecuencias, en los cuales no se tienen en cuenta las alternativas, sino solamente los costos y los resultados del tratamiento de una enfermedad; c) los estudios de eficacia y efectividad, en los cuales se examinan las alternativas y los resultados, sin estimar los costos; d) los análisis de costos, en los que se comparan distintas alternativas y se tienen en cuenta los costos, sin tomar en cuenta los resultados.

De acuerdo con especialistas del área de economía de la salud, como Drummond, el concepto de costo en el ámbito de la salud se define como el conjunto de los recursos absorbidos para la realización de una acción. En este sentido, los costos pueden ser directos e indirectos[20]. Los directos son aquellos que intervienen en la realización de la acción y los indirectos son los que se realizan en forma indirecta.

Siguiendo con la lógica de Drummond, si se requiere hacer una evaluación de alternativas para combatir una enfermedad específica, los costos directos son las erogaciones requeridas para el desarrollo del proyecto de salud, tales como compra de insumos (medicamentos), infraestructura de atención a la salud (edificios, equipo, etc. Estos bienes pueden ser valorados económicamente en forma inmediata ya que poseen un precio en el mercado.[21]

Los costos indirectos tienen que ver con los costos en los que incurre un individuo por la utilización de su tiempo. En el caso de la evaluación de una enfermedad, el individuo

[19] WILLIAMS, A. Cost-benefit Analysis: Applied Welfare Economics or General Decision Aid, en A. WILLIAMS y E. GIARDINA (eds.), *Efficiency in the Public Sector*.- England: Edward Elgar, 1993.
[20] DRUMMOND, M.F. & STODDART. G.L. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Stat.Q.*, 38:1-18, 1985.
[21] GUTIERREZ ZUNIGA, Cristina, HERNANDEZ PENA, Patricia, ORTIZ GUERRERO, Claudia *et al*. Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental. *Rev. Saúde Pública*. 1994, vol. 28, no. 2, pp. 153-166.

(y frecuentemente un acompañante) desvía la utilización productiva de su tiempo para atender su salud, incluyendo en este costo el tiempo de espera o el tiempo de traslado a los servicios médicos.[22]

Drummond, define los beneficios como el valor económico de los efectos de la alternativa de acción considerada. Los beneficios también se dividen en directos, indirectos e intangibles. Trasladando estos conceptos al campo de la economía de la salud, podemos considerar a los beneficios directos como el abatimiento de una enfermedad. Los indirectos evitan el impacto de la enfermedad en la productividad o el ingreso debido a la ausencia laboral o reducción de la actividad.[23]

En relación a los indicadores costo-beneficio, podemos comentar que los estudios completos de evaluación económica son:

• Los estudios de costo-beneficio, cuya característica principal es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias. Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa.

• Los estudios de costo-efectividad, en que se comparan los efectos de las distintas opciones en unidades clínicas, entre las cuales se encuentran, por ejemplo, los años de vida ganados, los ingresos hospitalarios evitados, el número de casos prevenidos, las vidas salvadas y las complicaciones evitadas. Los resultados pueden presentarse como valor medio de la razón de costos a efectividad, o bien como incremento de dicha razón (costo-efectividad incremental).

• Los estudios de costo-utilidad, buscan valorar la vida ganada no solo en términos de cantidad (años de vida), sino también de calidad. Las unidades obtenidas son los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) y los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis de costo-efectividad, pero usando como denominador de la fracción los AVAC obtenidos en lugar de la efectividad.

• Los análisis de minimización de costos, que se utilizan cuando no hay diferencia entre los efectos de las alternativas comparadas.

---

[22] Op. cit 20

[23] HAENSZEL, W.A. Standarized rate for mortality defined in units of lost years of life. *Am. J.Public Health*, 40:17-26, 1950.

2.4 La información del Sector Salud

Los antecedentes del actual sistema de información en salud se remontan a principios de los años ochenta. En 1983 se creo el Grupo Interinstitucional de Información, con la participación de la SSA, IMSS, ISSSTE y el entonces Sistema Nacional de Desarrollo Integral (SNDI). Posteriormente se incorporaron otras instituciones del sector, y las instituciones federales responsables de la información pública y de las políticas de la población.

Con la publicación de la Ley General de Salud en 1984 se creo el Programa Nacional de Información, coordinado por la SSA como cabeza de sector. Este programa contaba inicialmente con tres componentes; estadísticas vitales, estadísticas sociodemográficas, y servicios y recursos. En el momento actual, el sistema Nacional de Información cuenta con cuatro subsistemas: población y cobertura, recursos, servicios otorgados y daños a la salud.

Aunque ha habido notables avances, podemos afirmar que en México todavía no se cuenta con un verdadero Sistema Nacional de Información en Salud, lo que existe es solamente un conjunto de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan poca información sobre salud positiva, riesgos y desempeño. El sistema esta desvinculado al aparato administrativo de las instituciones de salud y no recopila información del sector privado. En algunos casos, la falta de desglose por edad y sexo impide llevar a cabo análisis suficientemente precisos. Algunos ejemplos que podemos citar en cuanto a esta problemática, son los estudiados por el Instituto de Salud Pública, de los cuales se presentan 2 casos particulares:

a) Una parte importante de los servicios de salud está dedicada a la atención materna. El Sistema Nacional de Información en Salud del Sector Público registró en 2001, 1 474 206 nacimientos atendidos; 66% fueron a través de parto normal y 32.5% por cesárea. De los nacidos vivos, 6% presentaron bajo peso al nacer (< de 2 500 gramos). Llama la atención que en el Distrito Federal y en Nuevo León 4 de cada 10 partos sean por cesárea o que en los hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), donde se registran 2.3% de los nacimientos, se

concentren 5.5% de las cesáreas, es decir, uno de cada dos partos en dicha institución se atiende por cesárea.[24]

b)Las consultas de planificación familiar presentaron un incremento de 23% respecto al año 2000. Se registraron 2.4 millones de nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar y 790 mil aceptantes post-evento obstétrico. Sólo 9% de las intervenciones quirúrgicas de planificación familiar correspondieron a vasectomías.[25]

2.5 La información como insumo en la toma de decisiones

Algunas publicaciones recientes señalan[26] , que entre las causas de la pobreza: la depauperación derivada del desempleo, las dificultades en la transferencia de tecnologías, los cambios en el mercado de trabajo (particularmente, la flexibilización laboral), la inflación y las privatizaciones que conducen al deterioro de los ingresos, a la reducción del número de empleos. Estos afectan a todas las clases porque disminuye la accesibilidad a los servicios de salud. Estas causas confluyen en la conformación de la *nueva pobreza*[27].

Los responsables de la toma de decisiones de la salud necesitan identificar la información en salud como insumo para la toma de decisiones. A continuación mencionamos algunos de los aspectos más relevantes en la toma de decisiones:

1. En la definición de perfiles de morbilidad y mortalidad, se conocen tendencias recientes y futuras en el cambio de patrones demográficos.

- En el análisis de causas de enfermedad y muerte por grupo de edad y sexo, así como en la elaboración de estimaciones con arreglos a la estructura por edades de la población.

[24] Información básica sobre los servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2001. *Salud pública Méx*, Mar./Apr. 2003, vol.45, no.2, p.129-143. ISSN 0036-3634.
[25] ídem
[26] KESSLER G, DI VIRGILIO M. Perspectives on urban poverty in Latin America. La nueva pobreza urbana en Argentina y América Latina. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center of Public Policy; 2003 (documento de trabajo).
[27] Idem.

- En la estimación de los niveles de fecundidad y mortalidad

2. Para la proyección de recursos y necesidad de atención

- En la determinación de los recursos humanos y físicos para la atención de acuerdo al volumen total de la población y los requerimientos específicos por grupos etáreos.

-En la determinación de número y características de los establecimientos y unidades medicas, con arreglo a la distribución espacial de la población y la calidad y oportunidad de la atención médica.

3. En la planeación de acciones

-A través de la definición de prioridad que prevean las metas de cobertura en materia de seguridad y asistencia social.

-En la determinación de líneas de política sanitaria de tipo sectorial y multisectorial.

-En la ejecución y evaluación de los programas de atención sustantivos (materno-infantil, planificación familiar, vacunación, etc.) y los principios objetivos y metas programáticas del Sistema Nacional de Salud.

2.6 Los indicadores en salud

La OMS ha comprobado que los sistemas de información en salud de la mayoría de los países no responden a las necesidades de la estrategia y es posible obtener indicadores de salud desagregados por estratos socioeconómicos de población y por áreas geográficas pequeñas (pilares fundamentales de la estrategia de salud).

La determinación del nivel de salud de la población, la identificación los determinantes de las relaciones entre el estado de salud y el uso de servicios sanitarios y la evaluación del logro de los objetivos de salud, precisan un sistema de información sanitaria de base poblacional. Esta denominación de "base poblacional" implica que la experiencia en salud de los individuos que componen la población debe tener en cuenta, con independencia de donde ocurra el acontecimiento objeto de estudio, los datos sobre cualquier característica relevante de las personas que deberán ser incluidos de forma individualizada en este Sistema de Salud con base poblacional. Esto no excluye la presencia de datos acerca de las características socioeconómicas y la disponibilidad de recursos del medio externo. El rango de necesidades de información sobre salud diferencia tres niveles: características individuales, medio externo e intervenciones que afectan la salud.

Los subsistemas de información sanitaria de base poblacional permiten obtener datos sobre la salud de los individuos, de acuerdo a los documentos publicados por la Fundación Mexicana para la Salud, as características personales permiten contextualizar el medio externo, es decir, situar a los individuos en su medio ambiente, con el objeto de conocer los factores de este que contribuyen a la adquisición de riesgos para la salud, así como el acceso a determinados recursos que ayudan a los individuos a evitar enfermedades o disminuir sus efectos. Existe información relevante para hacer un análisis más que detallado y que incluya otros datos de los ámbitos social y económico, del medio ambiente, etc.

2.6.1 Integración de los registros de mortalidad y natalidad

En el caso de los registros administrativos de muertes (mortalidad) y nacimientos (natalidad), datos de gran importancia, es determinante que los tomadores de decisión se sensibilicen y se apeguen a reportar esta información en forma y tiempo como un resultado estadístico y no como un informe mas de los que luego presentan.

La importancia de conocer con precisión las causas de muerte radica en la posibilidad de prevenir esas enfermedades y elaborar oportunamente las políticas públicas de salud. En cuanto a las estadísticas del número de nacimientos, permite planear y pronosticar los recursos destinados al sector salud así como hacer proyecciones en otros ámbitos de la economía, como saber cual será la demanda de educación. Este registro de natalidad también permite identificar que tipos de enfermedades tienen los neonatos, lo que facilitará poder resolver problemas de salud que se presentarán a corto y mediano plazo.

Por lo que se refiere a los fenómenos de salud medidos mediante encuestas, no es de extrañar que se consulten estos datos con relativa desconfianza dependiendo de las diferentes estimaciones de los mismos y el origen de la fuente de datos, pues existe proliferación de encuestas de salud en diversas dependencias de gobierno con, distintas metodologías y definiciones diferentes de las variables operativas que reportan, haciendo imposible la integración de series históricas o evaluación objetivas de algún hecho que se quiera demostrar.

2.6.2 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Los sistemas de vigilancia están ligados a acciones específicas de salud pública, y si se tiene en cuenta que la responsabilidad de las acciones recaen en el ámbito de las instancias de gobierno, si estos sistemas no se adecuen a la estructura sanitaria asistencial de cada comunidad, seguirán siendo ineficientes. En muchas ocasiones los datos que se producen son diferentes entre los distintos sistemas de vigilancia, y en otras, los objetivos de estos sistemas no coinciden. Unos tienen mayor erróneas.

De acuerdo a la Secretaría de Salud, el concepto de vigilancia epidemiológica se relaciona con una concepción clásica, donde la vigilancia epidemiológica se define como la acción de observar, recolectar y analizar sistemáticamente, la información de eventos relacionados con la salud, principalmente los referidos a los daños presentes en la población.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se considera como un proyecto prioritario la vigilancia epidemiológica, que se enmarca en los procesos de control de gestión al proporcionar elementos de apoyo para la toma de decisiones, al tiempo que coadyuva a la adecuada prestación de los servicios y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención. En conjunto, este programa ofrece una herramienta que permite conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad hospitalaria y sus factores de riesgo asociados.[28]

2.7 Razones que explican la ausencia de un sistema de información sanitaria de base poblacional (SISbp)

El desarrollo y puesta en funcionamiento de un sistema de información sanitaria de base poblacional (SISbp) precisa que la autoridad política haya establecido previamente unos objetivos concretos de salud claramente cuantificables[29] . Esto no supone ni más ni menos que mimetizar lo que ocurre en otras esferas de la realidad socioeconómica. Basta con señalar que mientras muchos indicadores económicos aparecen mensualmente, pueden pasar varios años sin que dispongamos de estimaciones sobre medidas de salud de la población que pueden ser relevantes.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud se propone el establecimiento de un SISbp. Esta propuesta se refiere a la necesidad de establecer un código único de áreas geográficas pequeñas para ser utilizado por todos los sistemas de información. La

[28] SECRETARIA DE SALUD Programa de Acción Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) .-2da. Ed.- México: 2001. pags. 1-22

[29] REGIDOR, E. Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: situación actual y propuestas (de futuro).- En: Peiró S, Domingo Uriarte LI, coords. Información sanitaria y nuevas tecnologías - XVIII Jornadas de Economía de la Salud. Vitoria-Gasteiz: Asociación de Economía de la Salud, 1998. Madrid, España.

existencia de ese código permitiría caracterizar a la población desde el punto de vista de los riesgos sociales, económicos y fisicoquímicos del medio externo y enlazar esas características con los acontecimientos de salud. La detección de problemas de salud en ámbitos geográficos del lugar de residencia, con independencia del lugar donde se produce el acontecimiento de salud, y la evaluación de intervenciones en zonas determinadas, son fundamentales para la práctica de la salud pública y la política sanitaria.

Es necesario conseguir la estandarización de las variables que aparecen en los distintos sistemas de información. Esto permitiría la utilización de numeradores y denominadores procedentes de numerosas fuentes de datos y la realización de múltiples comparaciones en el tiempo y entre las diferentes áreas geográficas. En algunos casos habría que evaluar las ventajas con aquellas otras que provienen de la obtención de información de cada lugar. La falta de estandarización es especialmente frecuente en la presentación de las variables socioeconómicas, debido a que en la mayoría de los sistemas de información en salud ni siquiera se recogen los datos, no obstante que explican la mayor parte de la variación en el nivel de salud de la población. La ausencia de estandarización también aparecen en las encuestas de salud realizadas por las secretarias de la administración pública y que generan información relacionada con el sector salud.

3. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EN SALUD

Las tecnologías de información han evolucionado sistemáticamente y es a partir de la necesidad de establecer un registro de información confiable como se han presentando los requerimientos de uniformidad que conlleven al establecimiento de normatividad, tanto nacional como internacional para la presentación de la información relacionada con la salud

En el caso concreto de información bibliográfica y documental para esta materia y su importancia para la toma de decisiones surgen sistemas de clasificación, lenguajes controlados y tesauros, entre otros. Es a partir de estos elementos que empezamos a obtener productos de información que se convierten en importantes fuentes de investigación como son los catálogos, bibliografías, índices y otros instrumentos de acceso a la información convencional como literatura gris o literatura no convencional, semipublicada o fugitiva que de acuerdo a algunos autores, es difícil de definir. En este concepto se incluyen documentos muy variados, su característica principal es que escapan a los circuitos habituales de producción y sobre todo, de distribución; en consecuencia, no están sujetos al depósito legal, y por tanto, en general no aparecen en la bibliografía nacional.

Según la definición más aceptada, literatura gris es la que no se puede adquirir a través de los canales comerciales habituales, y por tanto, es difícil de identificar y de obtener. Otras características comunes a este tipo de documentos son: ediciones muy cortas, estándares de producción y de edición variables, poca o nula publicidad, circulación dentro de ámbitos muy limitados, información muy especializada , información útil para un número limitado de personas, información de limitada duración (rápida obsolescencia)[1] .

Algunos ejemplos de literatura gris son: informes, tanto del sector público como privado, que contienen información científica y técnica, económica, social, etc. (Frecuentemente es la administración pública quién solicita estos estudios técnicos

[1] PUJOL, R La literatura gris en expansión. El profesional de la información. http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/1995/marzo/la_literatura_gris_en_expansin.html [consultado el 28 de noviembre de 2006]

no confidenciales, que luego sirven solamente al departamento o servicio que los contrata) tesis doctorales y trabajos de investigación; ponencias y comunicaciones de congresos; normas y recomendaciones técnicas, especialmente las que no son de los organismos de normalización oficiales; artículos publicados en revistas de difusión no comercial, periódicos de difusión local, etc. También están incluidas en este concepto las publicaciones oficiales y documentos de trabajo (*working papers*) para su discusión en reuniones posteriores, pre-impresiones provisionales, y traducciones [2].

Desde mediados del siglo pasado, se presenta un explosivo desarrollo de la ciencia y la tecnología, cuya consecuencia lógica se refleja en un descontrolado crecimiento de la información científica. Paralelamente a ello, la tecnología en el manejo de la información ha logrado un desarrollo importante como solución para el registro y recuperación de grandes volúmenes de información que, con el surgimiento de las computadoras, facilita su acceso a dicha información.

En las décadas de los años cuarenta a los setenta, el uso de las computadoras fue de carácter monopólico, en razón de su alto costo, tanto del equipo como de la operación del mismo, así como por la falta de recursos humanos capacitados para su manejo, lo que obligo a que estos se usarán preferentemente en el manejo de la información administrativa.

Los países desarrollados, dueños de la tecnología e impulsores de nuevos avances científicos y tecnológicos, donde se inicio el uso de las nuevas tecnologías para el manejo de la información científica, tuvieron importantes avances en la producción e integración de bancos de datos. Información a la que los países en vías de desarrollo tuvieron acceso hasta que se integraron las primeras redes internacionales de información muchos años después.

Ejemplo de esto, lo constituye el Servicio de Consulta a Bancos de Información (SECOBI) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que durante varios años sirvió de vínculo entre los usuarios de información en nuestro país y la

[2] Idem

oferta de información científica y tecnológica disponible en el extranjero, usando para ello la red Telepac y su enlace con otras redes.

Durante la década de los 80`s, cuando el uso de la computadora se popularizó con el surgimiento de las computadoras personales, cuyo costo resultaba accesible y su operación se simplificaba, surgieron intentos por desarrollar software y esfuerzos para uniformar criterios que nuevamente dieron origen a normas de carácter internacional, ejemplo de esto lo constituyen los formatos MARC y CCF y las normas ISO 2709 Y 9660.

En los primeros años de esa misma década se empezó a difundir internacionalmente los que serían las tecnologías del futuro. La tecnología láser y la fibra óptica. Posteriormente se comercializa en el mercado el primer CD-ROM producto de un trabajo de la empresa SONY /PHILLIPS .

Las tecnologías de las PC´s y de CDROM impactaron favorablemente en nuestro país, en razón de que a través de las primeras se dió un despegue importante en el desarrollo de bases de datos mexicanas. Esto facilitó su distribución, lográndose un importante intercambio de información disponible en nuestras instituciones, aprovechando las enormes ventajas que ofreció el CD-ROM, que permitía almacenar 550 megas de información equivalente a la capacidad de 1,500 diskettes de doble densidad y capacidad para albergar 200 mil páginas impresas. En la actualidad contamos con otros desarrollos tecnológicos como las unidades de almacenamiento de memoria USB, etc.

En este sentido, entendemos como generación del conocimiento, la producción y aporte intelectual respecto a un problema de estudio, basado en resultados de investigación[3]. Esta producción del conocimiento puede concretarse y expresarse, principalmente en varias modalidades: artículos científicos, libros, reportes técnicos, investigaciones, informes técnicos, etc.

[3] ARREDONDO L, Armando y PARADA T, Irene. Tendencias en la generación y reproducción del conocimiento sobre evaluación económica y salud. *Rev. méd. Chile*, ago. 2001, vol.129, no.8, p.925-934. ISSN 0034-9887

3.1 La explosión de la información

La disponibilidad de información crece en sentido exponencial, lo que representa la producción de miles de documentos a nivel mundial, en tanto que las instituciones que usan y producen información no lo hacen en la misma magnitud, lo cual es preocupante. El concepto global de que la información es útil para los trabajadores de la salud y que se presenta como insumo para la salud nos proporciona una idea mas clara sobre su importancia en la toma de decisiones que permite a los administradores de la salud elegir instrumentos confiables en la elaboración de planes y programas de salud acordes a las necesidades de la población.

En general podemos afirmar que existe una gran producción de información en el campo de la salud disponible en diversas fuentes: censo, encuestas, informes, artículos, reportes de investigación etc. Tenemos información técnica y científica que es importante para la salud. Desafortunadamente, muchas veces existe una separación entre los sectores que producen información y, en ocasiones, la información técnica publicada en revistas científicas se considera del ámbito de los investigadores y no de los tomadores de decisiones.

3.2 Las tecnologías de la información en los sistemas sanitarios

La tecnología sanitaria desempeña un papel determinante en la calidad de los servicios médicos y en su costo. Si a ello se suma la premisa de que los recursos son limitados y las necesidades siempre crecientes en cuanto a servicios de salud. En lo referente a la tecnología sanitaria, existe una búsqueda permanente de mejorar la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos, para que la toma de decisiones corresponda eficientemente a las políticas de desarrollo.

Las nuevas tecnologías incrementan la eficacia, de la toma de decisiones, pues facilitan que la evaluación y la rápida difusión de la información diseminan técnicas recientes y más eficientes. Desde el punto de vista económico, es importante utilizar la tecnología sanitaria apropiadamente.

La tecnología sanitaria abarca los instrumentos, técnicas, equipos, dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, programas sanitarios y sistemas

de información destinados a prevenir, diagnosticar y tratar afecciones específicas, rehabilitar a quienes las padecen; mejorando la calidad de vida de las personas y de la comunidad. Las definiciones y los métodos aplicados en la evaluación económica encuentran un espacio oportuno dentro de la tecnología sanitaria, ya que permiten medir, entre otros parámetros, los costos asociados al uso de una tecnología y la relación entre su costo y los efectos de su aplicación. Suministran, además, información clave para sentar prioridades en la asignación de recursos, así como en la adopción de una u otra tecnología. También el análisis de los resultados puede ser aplicado a cualquier tipo de tecnología sanitaria, por lo que resulta necesario tener un conocimiento adecuado del impacto real de cada una sobre la salud y de su uso racional.

La evaluación de las tecnologías sanitarias es la forma integral de investigar, en el marco de las técnicas de la evaluación económica en salud, ya que las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), sociales, éticas, jurídicas y económicas que se producen a corto o largo plazo, repercuten en los efectos directos o indirectos, deseados o indeseados de la toma de decisiones.

3.2.1 Las fuentes de información disponibles en INTERNET

Podemos mencionar que en los últimos cincuenta años se aceleró el desarrollo de una serie de tecnologías, en gran medida como consecuencia de la aparición de la electrónica digital.

Entre ellas Internet, considerada la red de redes que se transformó en un vehículo para transportar información almacenada en archivos o documentos administrados para su consulta, mediante servidores conectados a programas llamados navegadores, tales como: INTERNET EXPLORER, NETSCAPE y recientemente, FIREFOX (MOZILLA) dentro de los más conocidos.

Cada navegador posee los buscadores o motores de búsqueda, que localizan información en lenguaje natural contenida en sitios web y proporcionan, además del

documento que contiene las palabras bajo las cuales se realizó la búsqueda, y la dirección URL donde se localiza la información deseada.

Comúnmente permiten realizar búsquedas básicas, utilizando operadores booleanos como el AND, el OR y el NOT, que junto con los símbolos para *truncar la* raíz de una palabra y los que determinan la proximidad de los términos ó palabras, y las búsquedas avanzadas, eligiendo la palabra ó término en el campo seleccionado. Representan algunas de las herramientas básicas de cada motor de búsqueda.

Podemos mencionar a los buscadores más conocidos: Yahoo, Google, Altavista y Lycos**.** Los cuales catalogan entre el 20 y el 25% de la información disponible en la red. Los metabuscadores, ó motores de metabúsquedas, permiten al usuario investigar en varios motores de búsqueda distintos, recopilando las respuestas obtenidas por estos, previa búsqueda temática. Los metabuscadores inicialmente tuvieron problemas ya que no mostraban los anuncios ó banners que son la principal fuente de ingresos de las compañías propietarias de motores de búsqueda, podemos citar como algunos de los más conocidos al metacrawler y a savysearch.

RECURSOS ELECTRONICOS DE CONSULTA GRATUITA

Es importante saber que existe información electrónica disponibles en la Internet de acceso gratuito, esta información es de todo tipo y podemos clasificarla de la siguiente forma:

Bases de datos
Revistas electrónicas
Libros electrónicos
Directorios especializados
Catálogos de bibliotecas nacionales e internacionales
Directorios de instituciones gubernamentales
Medicamentos
Canales de televisión
Frecuencias de radio
Bases de datos, referencias y documentos electrónicos de organismos internacionales

Enciclopedias Multimedia
Traductores

En resumen el internet es una fuente de búsqueda y conocimiento de la información general y especializada, así como un instrumento apropiado para desarrollar habilidades informativas en el profesional de la salud, por lo que se hace necesario para la toma de decisiones

3.3 Las fuentes de información disponibles en el sector salud

A nivel población, cuando se trata de estudiar y conocer las condiciones de salud, se recurre a la epidemiología mientras que las respuestas de los diversos grupos ante estas condiciones se inscriben en el ámbito en el que operan los sistemas de salud.

En el sector gubernamental cada una de las diversas actividades por sí misma es productora de información y al mismo tiempo usuaria de esta.

Los profesionales de la salud, son grandes productores de información, en la mayoría de los casos, ésta se enfoca hacia publicaciones técnicas específicas, de revistas, de investigaciones. Indiscutiblemente existe aquí una gran productividad y utilización de la misma.

En lo que se refiere a información sobre las condiciones de salud a nivel poblacional, estamos ubicados en los ámbitos tradicionales de la vigilancia e investigación epidemiológicas, en otras palabras, es el mecanismo por el cual se produce una gran cantidad de información en salud a través de lo específicamente relacionada con el terreno de condiciones a nivel poblacional y los desarrollos recientes, no solo en organización sino en términos de información en salud.

Las formas de obtener información para la toma de decisiones deben interactuar y servir para intercambiar conocimientos, buscando que la relación entre ambos

identifique las condiciones de salud, evaluando las políticas de salud para que con los criterios actuales, basados en costo-efectividad, pueda consolidarse en una organización y una política nacional que facilite la toma de decisiones, que a su vez se traduzca en medidas de política económica, estrategias y programas promotores de respuesta social que nos lleve a mejorar en términos de las condiciones prioritarias de salud de la población.

A consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica por la que estamos atravesando, es necesario relacionar los aspectos poblacionales con las condiciones de salud. México atraviesa también por una transición en la atención médica, lo cual requiere de un análisis conjunto de los sistemas de información estado de la salud, pasando por una transición sociocultural y económica en la que los factores económicos nos obligan a tener elementos muy claros de los vínculos que existen entre población y sistemas de salud.

En materia de transición epidemiológica y demográfica es necesario analizar y relacionar la percepción del estado sobre la salud de la población, vinculado con las condiciones, los estilos de vida, conducta individual, estructura familiar – que progresivamente se va modificando por el rápido envejecimiento de la población en México, la fecundidad y la mortalidad. Todos son fenómenos de nivel poblacional, pero que repercuten sobre el perfil epidemiológico de los habitantes del país.

La relación entre sistemas y condiciones de salud, indican que atravesamos por una transición en la cual la atención médica tiene que ver con la capacidad resolutiva y la calidad de la propia atención. Esto es algo que percibe la población y que determina por un lado, la demanda junto con las propias condiciones de salud a las que estamos enfrentándonos. Se presenta entre la población y los sistemas de salud un estrecho vínculo por cuestiones relativas a su percepción sobre los servicios médico-asistenciales.

El aspecto cuantitativo de la atención de la salud en términos de calidad, en un enfoque individualizado de atención médica y el autocuidado, son conductas que asume la población para la búsqueda de la salud. En el acceso a los servicios de salud, la población se encuentra en una transición epidemiológica básicamente dada por el

envejecimiento de la población que en poco tiempo propiciará necesariamente una demanda de atención para estos grupos etarios (grupos de adultos mayores).

De acuerdo con esta realidad podemos identificar en México la siguiente organización básica en cuanto a la producción de información en materia de salud como insumo para los tomadores de decisión. Tenemos a la Secretaría de Salud, que coordina los trabajos relacionados con la información a través de grupos interinstitucionales, con componentes que integran a las diversas instituciones de salud y que se relacionan con las organizaciones que atienden a la población abierta: las de la seguridad social y los organismos de la asistencial social. Cada una de estas entidades gubernamentales cuenta con sus propios sistemas de información institucional. El trabajo de los grupos de especialistas ha sido estandarizar esta información, labor que no ha sido fácil pero que permite en el momento actual mantener criterios y definiciones bastante homogéneas en los reportes generados por el sector salud. Consideramos de tal forma que gran parte de la información en salud en materia de recursos y servicios puede obtenerse a partir de estos esquemas. Desde 1985 se han realizado esfuerzos interinstitucionales a fin de reunir información de varias instituciones, donde se encuentren informes sobre infraestructura y recursos de la medicina privada.

Así mismo, se establecieron acuerdos para lograr una homogeneidad en este desarrollo conceptual, demostrando ya su eficacia en aplicaciones prácticas e intensivas en diversos programas. Por medio de estos mecanismos de información se puede adecuar a diversos proyectos para disponer de información útil.

La Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII), levantada en 1994, presenta un panorama general de la situación de morbilidad en el país y permite cuantificar la utilización de los servicios de salud. Se identificó a los integrantes del hogar que solicitaron algún servicio de salud durante los 15 días previos al levantamiento de la encuesta, y en visitas subsecuentes, se obtuvo información sobre el tipo de institución a la que acudieron, la causa que motivó la demanda, los costos explícitos e implícitos asociados y la calidad de la atención.

3.3.1 Levantamiento de reportes

Podemos tener, a partir de registros médicos, en términos de servicios, información relativa a tratamiento de pacientes, la antibioticoterapia, la hidratación oral, o bien, la morbilidad y la mortalidad particularmente hospitalaria. Los certificados de defunción, que no son otra cosa que un caso particular de registros administrativos, permiten, en el renglón de servicios, evaluar las razones o el diferencial que hay entre las muertes por diarreas ocurridas en hogares respecto a los decesos en unidades de salud y, por supuesto, en materia de daños otorgan la posibilidad de efectuar el análisis específico por causa para edad , sexo, etc.

En el caso de reportes de diarreas, por ejemplo, se han desarrollado varias encuestas que ofrecen información poblacional sobre conocimientos y actitudes, tratamiento de casos y automedicación de los servicios, (relativa al manejo de los casos y la disponibilidad de insumos, así como para confirmar la información de daños en los rubros de morbilidad, incidencia y prevalencia). También nos proporciona la posibilidad de hacer estimaciones indirectas de la mortalidad y las autopsias verbales, mismas que permiten evaluar los servicios en el proceso de enfermedad, atención y muerte.

3.3.2 Los tipos de fuentes de información

A continuación se describen de forma general algunos de los recursos documentales que se producen en instituciones publicas, organismos descentralizados y organizaciones internacionales, cuyos contenidos son relevantes y pueden orientar a los tomadores de decisiones en relación a sus contenidos, permitiendo, de acuerdo a su interés, seleccionar los materiales documentales más convenientes para el diseño e implementación de planes y programas consistentes; que a su vez den respuesta a las necesidades de salud de grupos específicos o de la población en general.

3.3.2.1. Censos

A través del Censo Nacional de Población y Vivienda, encontramos una gran cantidad de información sobre la estructura poblacional por edad y sexo, su distribución geográfica, tamaños de localidad, condición migratoria, ingreso, etc. El Censo, en materia de demografía, tiene la característica principal de que se levanta cada diez años.

3.3.2.2. Encuestas

La encuesta contiene información complementaria a la que se encuentra disponible en el CENSO de Población .

También se han efectuado encuestas nacionales que cubren los aspectos de carácter educativo y que dan información muy similar a la del Censo pero con un mayor desglose, por ejemplo la Encuesta sobre fecundidad.

Otros datos relevantes que podemos encontrar en el Censo relativos a las encuestas, son el número de ocupantes de las viviendas, si son individuales o colectivas, el tamaño, la disponibilidad de servicios (drenaje, agua entubada, electricidad, etcétera) y variables necesarias a considerar en el tema de la planeación.

Por parte del sector público se cuenta con recursos para generar diversos tipos de encuestas tales como las elaboradas por los institutos nacionales de salud. Por ejemplo, el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, que elabora desde 1974 una serie de encuestas y algunos estudios particulares (1974, 1979 y 1988, 1989[4]) incluyendo información muy valiosa sobre indicadores antropométricos, alimentación en términos del consumo alimenticio, patrones de lactancia y otro tipo de variables.

[4] INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION Encuesta nacional de nutrición. http://www.nutricionenmexico.org.mx/encuestas.php [consultada el 28 de noviembre de 2006]

3.3.2.3. Registros administrativos

En la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) podemos encontrar información relacionada con los datos sobre los trabajadores, datos relativos a las inversiones y financiamientos para la construcción de viviendas y algunas proyecciones sobre déficit y condiciones de las mismas. La información sobre préstamos y montos de compra de viviendas puede consultarse anualmente.

3.3.2.4. La información estadística

La información estadística es un instrumento fundamental para llevar a cabo las actividades de programación, planeación y evaluación en el área de la salud, coadyuvando a la toma de decisiones en todos los niveles estructurales del Sistema Nacional de Salud.

La disponibilidad de dicha información representa un invaluable apoyo en el campo de la atención de la salud, ya que permite conocer la evolución de los servicios otorgados, así como su vinculación con los recursos disponibles -sean humanos o materiales- y su desglose hace factible estudios diferenciales en el ámbito institucional y por entidad federativa; con base en éstos, puede afirmarse en qué medida se ha alcanzado la cobertura de los servicios de salud.

Diversos problemas relacionados con la información estadística pueden hacer más difícil estimar la factibilidad de cumplir las metas propuestas y de realizar el seguimiento de todo el proceso.

Actualmente la información estadística producida por el sector salud, tiene algunas deficiencias, por ejemplo, la información no es compatible con otras fuentes de información o no tienen el nivel de desagregación necesario para poder diseñar y hacer el seguimiento de las políticas orientadas a reducir la pobreza, motivo por el cual se produce una dispersión y los beneficios de tal o cual acción no llegan directamente al grupo para los cuales fueron diseñados.

3.4 Las instituciones y organismos que producen información relacionada con el sector salud.

A continuación se hace una breve descripción de diversos contenidos de información relacionada con el sector en materia de salud ó que permite analizar adecuadamente la situación de la salud.

3. 4.1 Consejo Nacional de Población (CONAPO)

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) cuenta con información muy diversa sobre distintos temas relacionados con la población, entre otro sobre el sector educativo. El aspecto de población de alfabetos y analfabetas, el nivel de instrucción de la población, la asistencia escolar, todos estos son factores determinantes de la salud. Diversos estudios recientes confirman con toda claridad que uno de los determinantes de mayor trascendencia en la mortalidad de menores de cinco años por diarrea es el grado de escolaridad de la madre.

La información en salud puede considerarse como un insumo para la formulación y ejecución de acciones, así como para la actualización de conocimientos en distintas áreas y en particular sobre el campo de la salud.

La presencia de una gran variedad de satisfactores en la función de producción de salud tiene un interesante corolario en materia de políticas públicas, el cual, llevado al extremo, puede expresarse, diciendo, que *toda política social es una política de salud*. En efecto, la inversión en redes de agua potable, los programas para encementar pisos, la alfabetización (o, en su caso, la castellanización) y los programas de empleo tienen un impacto altamente favorable en la salud de la población. En todo caso, es de esperar un alto grado de complementariedad entre los insumos básicos para producir salud. Esto se hace patente en el caso de las familias en pobreza extrema. Así, mejorar la alimentación de un niño con parásitos intestinales le beneficiará muy poco y la infestación parasitaria será recurrente mientras la familia habite en una vivienda con piso de tierra y sin agua potable, y la madre no aprenda a aplicar medidas básicas de higiene. Estas consideraciones refuerzan la importancia de un enfoque integral en el

diseño de la política social, y en particular, de la política de combate a la pobreza extrema.

Es importante hacer un recuento de cuales han sido los cambios poblacionales en México, tomando como punto de referencia la evolución demográfica del país y las acciones de intervención en salud que la han acompañado.

Cabe recordar que en el periodo 1940-1979 tiene lugar en México un crecimiento de la población que se caracterizó por el descenso sostenido de la mortalidad y un aumento en la expectativa de vida, lo que significó que la población creciera a ritmos superiores al 3 por ciento anual.

Tal situación fue el resultado de amplias transformaciones sociales y económicas, de la notable repercusión del saber y las tecnologías médicas en la mejora de la calidad de vida de los habitantes del país.

Un cambio sustantivo en esa dirección ocurre con la puesta en vigor de la Ley General de Población de 1974, donde se plantea que el objetivo de la política en la materia es regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución.

En la planeación demográfica de México las fuentes de información son elementos prioritarios, de allí que las de CONAPO, constituyen un recurso estratégico en dos niveles: primero, en la generación de información necesaria para las actividades de planeación del desarrollo y de la política de población, y segundo; en la evaluación de programas ejecutados por los organismos públicos y privados cuyas actividades se relacionan con las acciones de planificación económica y social y con el establecimiento de metas y objetivos de carácter sectorial. En este nivel destaca la convalidación de fuentes e instrumentos de información como parte de las actividades sustantivas del Consejo, en tanto que de ello depende el acceso a datos confiables.

En la elaboración de programas sectoriales, se hace necesaria considerar componentes demográficos como la tasa de crecimiento, población total o distribución de la población rural y urbana, que constituyen insumos de primer orden para establecer las

dimensiones del esfuerzo que debe realizarse en cada sector, como pueden ser el número de nuevos empleos, los volúmenes de producción agropecuaria, los habitantes que deberá cubrir el sector educativo y los servicios médicos-asistenciales, etc.

a) Banco de datos de CONAPO sobre la situación demográfica de México.

CONAPO cuenta con un extenso banco de datos de información, integrado desde hace años con investigaciones efectuadas por el mismo Consejo, Censos de población, estadísticas vitales, registros y encuentros sobre diversos aspectos y temas sociodemográficos.

Como recurso para la investigación y la promoción de acciones en materia de salud, la información demográfica ofrece grandes opciones en la medida en que muestra los procesos y dinámicas que siguen los grupos humanos tanto en su dimensión biológica; los nacimientos, las defunciones o la fecundidad, como en su dimensión social, su distribución territorial o la satisfacción de las necesidades básicas de estos. Así como nacimientos registrados por sexo de 1945 a 1982, Nacimientos registrados por sexo de 1945 a 1982, nacimientos registrados por grupo de edad de madre de 1950 a 1982, defunciones registradas por sexo y grupo de edad de 1933 a 1982, inmigrantes y emigrantes correspondientes a los periodos de 1969-1970 y 1979-1980, población por sexo y grupos quinquenales de edad de 1910 a 1980, población de 12 años y mas por sexo, según estado civil de 1970 y 1980, número de hijos nacidos vivos por grupo de edad de la madres para 1980, mujeres de 12 años y más con hijos nacidos vivos por grupos de edad de la made para 1980, últimos hijos nacidos por tiempo transcurrido desde su nacimiento por grupos de edad de la madres para 1980, mujeres de 12 años y más con hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes por grupos de edad de la madres para 1980.

b) La elaboración de encuestas en CONAPO

En la elaboración de encuestas e investigaciones propias o en colaboración con otras instituciones, se muestra información concentrada y actualizada en la información sociodemográfica de nuestro país. En este sentido se dispone de un análisis y evaluación exhaustivos de las encuestas sociodemográficas y demográficas más

relevantes para la planeación demográfica levantadas en México durante la década de los ochenta. Por otro lado, se pueden definir criterios para orientar el levantamiento de futuras encuestas y lograr el mejor aprovechamiento de la información ya existente, información fundamental para conocer ampliamente las tendencias de la población.

Los recursos de información para la investigación, la difusión y el apoyo a la planeación de distintas entidades del sector público, presentan una suma de esfuerzos entre el CONAPO y otras instituciones, lo que ha permitido la elaboración de estudios de largo plazo, entre los que destacan estudios sobre la desigualdad regional y marginación municipal en México.

Otro de los productos que CONAPO ha elaborado en materia de población, y que es relevante en el área de la salud, es la publicación que contiene los Indicadores Socioeconómicos e Indice de Marginación Municipal 1990 [5], trabajo realizado en coordinación con la Comisión Nacional del Agua, cuyos resultados son un apoyo importante en las labores de planeación del desarrollo y de la política de población a nivel regional y local. Este proyecto es un importante aporte al estudio sistemático de las políticas en materia de población.

De igual forma tiene relevancia la elaboración del estudio, *La población de los municipios de México, 1950-1990*[6]. Aquí se mencionan y sistematizan las cifras de población total, crecimiento demográfico, así como la superficie y densidad de población para todos los municipios y entidades federativas, obtenidas mediante los levantamientos censales de las últimas décadas.

En cuanto al análisis de la evolución de las variables demográficas, es de particular relevancia la publicación de las "Proyecciones de población por edad y sexo al año 2010", en el cual se muestran los posibles escenarios futuros de los componentes demográficos, como instrumento de primer orden en la determinación de los perfiles del volumen de población, su estructura por grupos etarios, los cambios en las

[5] CONAPO Indice de marginación municipal 1990
http://www.colson.edu.mx/barco/Databases/Socio/marginacion_personalizada.htm
[6] Consejo Nacional de Población (México) 1950-1990.- México: CONAPO, [1990?]. 125p.

estructuras socioeconómicas y niveles de la mortalidad y la fecundidad , la contribución de la migración en el PIB, entre otros.

Las “Proyecciones derivadas” contiene elementos que permiten proponer un orden conceptual para la formulación de objetivos y metas programáticas, que sirven para establecer las dimensiones de los esfuerzos que deberán realizarse en diversos sectores, en particular en las áreas de empleo, educación y principalmente, en salud.

En este sentido, conviene señalar que a la fecha se cuenta con documentos diagnóstico de la situación de la salud en México, que incluye elementos tales como el análisis reciente de la mortalidad por causa, por grupos de edad, la estructura del Sistema Nacional de Salud, el proceso de transición epidemiológica y la cobertura de los servicios médico asistenciales en su situación actual. Se analizan posibles tendencias en los cambios previsibles en el patrón de salud- enfermedad y en la capacidad de cobertura de los servicios, ante una creciente demanda de atención.

Es importante la información sobre la distribución de recursos de la atención médica, resaltando la tasa de utilización de los mismos, tanto a nivel nacional como por entidad federativa. Esto permite elaborar la regionalización, en el que se observan cambios ostensibles en la dotación de recursos de atención de la salud, como variable que interviene en la modificación de la atención de los servicios de salud a nivel regional.

3.5. Secretaría de Educación Pública (SEP)

La información proporcionada por la Secretaria de Educación Pública (SEP) y organismos como la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) tienen registros administrativos muy interesantes para analizar.

En las encuestas de la SEP tenemos información de las matrículas escolares, la dinámica de la población escolar, el número de planteles, la cantidad de alumnos por ciclo escolar, etc.

Los niveles de escolaridad más relevantes como insumos en las funciones de producción de salud son los correspondientes a los adultos y, en especial, a la madre de familia. Sin embargo, estos niveles de escolaridad son más bien determinantes del nivel de ingresos del hogar que resultantes de éste, ya que la escolaridad de los adultos fue adquirida en gran medida durante su infancia, en el seno de un hogar distinto del que ahora pertenecen. Por tanto, para analizar el efecto del nivel de ingresos del hogar sobre la escolaridad, se limitó el análisis a los miembros más jóvenes de éste. Específicamente se definió, para cada edad entre 7 y 15 años, un nivel de escolaridad deseable, a saber: Los niños y las niñas de 7 años debían tener aprobado el primer año de primaria; y así sucesivamente, hasta llegar a que, los niños y las niñas de 15 años debían tener aprobado el tercer año de secundaria. El análisis se limitó a los hijos del jefe de familia de cada hogar, para evitar el efecto distorsionante de sobrinos, ahijados, etc. que se hubieran incorporado recientemente al hogar. La fuente de información utilizada fue la ENIGH96. Se utilizaron modelos robustos (para la variable dicotómica de tener o no el nivel de escolaridad deseable, con el logaritmo del ingreso pér cápita del hogar, la edad y el sexo del niño como variables explicativas, tanto para localidades urbanas como para localidades rurales.

3.6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía y Estadística.

La manera tradicional de elaborar un estudio del estado de la salud de la población en un país, entidad federativa o región, parte en primera instancia del conocimiento de la mortalidad. Incluye las características de los fallecimientos (sexo, edad, escolaridad, etc) y las circunstancias en torno a las defunciones (causas básicas, lugar geográfico y físico de ocurrencia, atención y certificación médica, entre otras), las que permiten un primer acercamiento a la evolución del proceso salud-enfermedad, que tiene su complemento en el análisis de la morbilidad.

La información sobre mortalidad se obtiene de los certificados de defunción, vía el Registro Civil; las características de las viviendas se captan en los Censos Generales de Población y Vivienda, en tanto que la morbilidad y los recursos para la atención médica de la población son servicios proporcionados por las instituciones que conforman el Sector Salud.

La construcción de indicadores no se realiza de forma homogénea por las instituciones. La Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguro Social y el ISSSTE son las instituciones que integran el sector salud, producen datos de forma independiente. Sin embargo, en algunos de los datos producidos no existe concordancia con los datos producidos por estas mismas instituciones, ocasionando que los estudios sobre la salud, en su mayoría parciales, no presentan la realidad de la problemática en salud. En esta situación se registran los datos relacionados con la mortalidad, aunque no son los mismos datos de mortalidad reportados por el sector salud respecto al INEGI.

El Sistema para la Consulta de Información Censal (SCINCE) ofrece, en el terreno del análisis y de la toma de decisiones en materia de salud de los mexicanos, el conocimiento global del estado de la salud de una población que se puede abordar desde ángulos diferentes, como son: el estudio de la mortalidad, las condiciones sanitarias en las viviendas, el estudio de la morbilidad y los recursos del Sistema Nacional de Salud y los servicios de atención a la salud pública.

En cuanto a la mortalidad, la información sobre defunciones generales y fetales se obtiene de los certificados de defunción y de muerte fetal, que deben ser requisitados por personal médico o autorizado para ello por la Secretaría de Salud. El INEGI recibe en sus Coordinaciones Estatales de Estadística, vía el Registro Civil, una copia de los certificados de cada una de las defunciones registradas en el país, los procesa manualmente y electrónicamente en sus oficinas regionales y centrales y los difunde en publicaciones tradicionales o en medios magnéticos.

Algunas de las variables fundamentales que proporcionan las estadísticas de mortalidad general, son: lugar geográfico de ocurrencia de la defunción (entidad, municipio y tamaño de la localidad), lugar geográfico de residencia habitual del fallecido (entidad, municipio y tamaño de la localidad), edad y sexo del fallecido, causa de la defunción, condiciones de atención médica (lugar físico de ocurrencia de la defunción, atención médica y derechohabiente del fallecido), características de las muertes accidentales y/o violentas (tipo de accidente o violencia, lugar físico de ocurrencia de la defunción y si fue esta en el desempeño de un trabajo), características del fallecido (nivel de escolaridad, estado civil y ocupación habitual).

Por lo que respecta a la mortalidad fetal, del certificado de muerte fetal se pueden obtener las siguientes variables principales: lugar geográfico de ocurrencia (entidad, municipio y tamaño de la localidad), lugar geográfico de residencia habitual de la madre (entidad, municipio y tamaño de la localidad), características del producto (sexo, edad gestacional, peso y causa de defunción), características del hecho (fecha y lugar físico de ocurrencia, así como el personal que atención y el procedimiento utilizado par ala expulsión o extracción), características de la madre (edad, estado civil, nivel de escolaridad, derechohabiencia, y número de hijos nacidos vivos muertos).

El INEGI difunde las estadísticas (nacimientos, matrimonios, divorcios y defunciones generales y fetales) en la serie denominada Cuadernos de Población.

3.6.1. Condiciones sanitarias en las viviendas

Uno de los objetivos fundamentales del Censo General de Población y Vivienda, que realiza el Instituto cada diez años, es conocer las características de las casas-habitación en nuestro país, a través de variables como tipo de vivienda, materiales de construcción predominantes en paredes, techos y pisos, número de cuartos y dormitorios, disponibilidad de cocina, agua entubada, excusado, drenaje, electricidad y el número de ocupantes habituales de la vivienda.

La información anterior, así como los indicadores del nivel de hacinamiento derivados de ellas, ayudan a definir la distribución geográfica de ciertas enfermedades, particularmente las infecciosas, parasitarias y las de origen respiratorio.

El INEGI también publica las características de las viviendas en el Resumen General del Censo General de Población y Vivienda, así como en los volúmenes de resultados definitivos del mismo, para cada una de las entidades federativas. También los difunde a través de novedosos y útiles productos que utilizan tecnología de punta, como son el CD Consulta Dinámica Censal (CODICE) y el Sistema par a la Consulta de Información Censal (SCINCE).

La base de datos Scince

Es un sistema automatizado que permite acceder a la siguiente información:

- Seleccionar la unidad geográfica de estudio (estado, municipio o AGEB) y el Indicador Censal a ser representado, visualizar la unidad geográfica representada y analizarla a través de acercamientos sucesivos, desplazamientos y recuperación de acercamientos previos, relacionar la información estadística con el espacio geográfico al que pertenece y gráfica la representación de tal relación, presenta en gráficas de barras la estructura de los datos del indicador censal seleccionado, definir indicadores compuestos aplicando operaciones matemáticas a los indicadores censales, producir impresiones de los gráficos, mapas y tabulados, emitir reportes de los indicadores par la unidad geográfica seleccionada, incorporar información estadística propia del usuario, exportar la información cartográfica y estadística.

3.6.2. Recursos, servicios y morbilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Los datos sobre morbilidad y los indicadores de atención a la salud pública, como son los recursos materiales y humanos y los servicios que el Sistema Nacional de Salud proporciona a la población, los obtiene del INEGI a través del Grupo Interinstitucional de Información y Evaluación sobre Salud.

La información que se recopila es difundida por el Grupo en el Boletín de Información Estadística del Sistema Nacional de Salud, que consta de dos volúmenes; el primero denominado *Recursos y Servicios*, y el segundo, *Daños a la Salud*

También se publican los cuadernos de Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. En estos cuadernos se incluye información sobre recursos, servicios y morbilidad en el Sistema Nacional de Salud, con datos relativos a nacimientos y defunciones sobre temas relacionados con la prestación de servicios médicos como son el sitio donde ocurrió el parto o la defunción, la persona que atendió el parto o al fallecido durante su última enfermedad. Se publica también las acciones que lleva a cabo los Centros de Integración Juvenil, acciones de intervención para prevenir la farmacodependencia.

Los datos del empleo son fundamentales para analizar dos aspectos de la salud, el primero relacionado con accidentes de trabajo de las empresas y el segundo, información sobre el ingreso de determinados grupos, situación que repercute en la salud de las familias.

3.6.3. Alimentación

El consumo de los productos agrícolas, proporciona los nutrientes, cuyo impacto se supone, en principio, positivo, aunque se admite que los excesos pueden ser nocivos para la salud, por ejemplo la obesidad ocasionada por el consumo excesivo de calorías.

Por el lado de la producción de alimentos necesitamos abordar tópicos relacionados con la salud, y en este renglón de nuevo el Censo General es fuente necesaria. Hay gran cantidad de información en este documento y en los registros administrativos del INEGI. El Censo de 1990 no incluyó el tema de la alimentación, sin embargo en los censos anteriores si se incluyeron aspectos relevantes relacionados con la alimentación.

Otra institución que genera información oficial sobre alimentación es la Comisión Nacional de Alimentación que reúne una buena cantidad de cifras conjuntamente con el INEGI, las publica en el Boletín de Información Oportuna del Sector Alimentario (BIOSA), que tiene datos relevantes de diversas área como agricultura, pesca, entre otros. En dicho documento, se asientan datos relativos a superficies sembradas, tipo de producto, población, la producción pecuaria, el rendimiento, los créditos a la comercialización, el índice de precios al consumidor, el movimiento de precios de garantía, compras, ventas, existencias de importaciones, exportaciones y consumo.

3.7. Secretaria del Trabajo y Previsión Social

Los insumos de la función de producción de salud son, por derecho propio, argumentos de la función de utilidad de los individuos, y por tanto, del hoga. En

ambos papeles es de esperar que se comporten como bienes normales. Por tanto, será difícil separar, dentro de la demanda de un bien o servicio, las partes que corresponden a su uso como insumo para la salud y a su uso como pruducto “final”. Por ejemplo, cuando una persona usa ropa abrigada en invierno, es bastante artificial preguntarse si lo hace para evitar sentir frío o para prevenir un resfriado.

Como contrapartida, la imbricación de los dos tipos de demanda de bienes permite predecir una correlación positiva entre el nivel del ingreso completo y el estado de salud, dados factores tales como la herencia genética y las condiciones del entorno (ya que el aumento en el consumo de bienes nocivos para la salud, al elevarse el ingreso, usualmente no contrarrestará el incremento de los bienes favorables a un mejor estado de salud). Sin embargo, al elevarse el ingreso se observa que los aumentos de gasto concomitantes obedecen, en buena medida, a cambios cualitativos en la canasta de bienes consumidos, más que a un aumento cuantitativo en el consumo de la canasta de bienes. Así, ante un aumento de ingresos del hogar, los consumidores pueden preferir diversificar los tipos de alimentos y obtener mejoras en sabor o presentación, más que incrementar su ingesta de nutrientes. Ello disminuirá la elasticidad del estado de salud respecto del ingreso, aunque es de esperar que ésta continúe siendo positiva. Por tanto, en ausencia de una política social adecuadamente orientada, se requerirá que los hogares alcancen niveles de ingresos relativamente altos para poder cubrir sus necesidades básicas de salud.

Se cuenta con registros administrativos que permiten captar datos sobre el empleo, y en las instituciones de seguridad social sobre los derechohabientes asalariados, los riesgos, pensiones, jubilaciones, accidentes, enfermedades profesionales, la información sobre asociaciones laborales, sindicatos, convenios, huelgas, etc. Hay registros administrativos en este tipo de instituciones que pueden ser consultados y que son de interés para la prestación de servicios médico-asistenciales.

3.8. Banco de México

La restricción presupuestal formula en términos del ingreso, dado que las horas a trabajar son una variable porque los niveles educativos y de salud de los individuos condicionan los salarios a los que éstos pueden aspirar en el mercado; existen condiciones de certidumbre; el periodo de análisis es lo suficientemente largo como para que los cambios en las variables independientes afecten en su totalidad al estado de salud; y, el gobierno puede modificar el vector de precios que afronta el hogar (al grado de ofrecer gratuitamente ciertos bienes y servicios) y puede también realizar transferencias directas de ingresos a los hogares (intervenciones que constituyen parte fundamental de la política social del país). Entre los principales indicadores y publicaciones que produce el BM están los: Programas de política monetaria, el Indice de precios al consumidor, tipo de cambio, valor de los CETES, contratación de deuda, etc. Así mismo, informes trimestrales sobre el comportamiento de la economía, tendencias y proyecciones, informes anuales sobre la economía nacional y reporte sobre la variables macroeconómicas, documentos de investigación así como el reporte The Mexican Economy [7].

3.9.1 Cuentas Nacionales

En las cuentas nacionales encontramos todo tipo de transacciones relacionados con el Producto Interno Bruto, valor agregado, gasto, ingreso, inversión en salud y en los otros sectores.

Se integran documentos y estadísticas útiles en aspectos de carácter económico como importaciones, exportaciones, niveles de inflación, costos de la producción, de la inversión, estas muestran las fuentes y destinos de los fondos dedicados a la atención de salud, la concentración de gastos en los diferentes servicios y programas, y la distribución del presupuesto en salud entre las diferentes regiones y grupos de población. Asimismo, las Cuentas Nacionales dan la respuesta a las siguientes preguntas: ¿De dónde provienen los fondos y a dónde van? ¿Qué servicios se brindan y qué productos se compran? ¿Quién provee los servicios? ¿Quiénes se benefician de

[7] BANCO DE MEXICO The mexican economy. – México, 1994. 198p.

ellos? ¿Cómo cambiaría la demanda si cambiase el nivel de ingresos económicos del usuario? ¿Cuál es la distribución geográfica de los gastos, desglosada por edad, sexo y zona residencial? ¿Cómo ha cambiado a lo largo del tiempo la estructura del financiamiento? ¿Cómo se comportan las Cuentas Nacionales en Salud en relación con el financiamiento de la atención a la salud?

Lo que distingue a las Cuentas Nacionales en Salud de otros informes de cuentas es la utilización de matrices para presentar la información. Las matrices varían según las condiciones de cada país y reflejan diferentes definiciones de salud, sistema de salud, servicio de salud y sistema de seguros. Los límites del concepto de salud aún son imprecisos y a veces sumamente subjetivos y complejos.

Entre los aspectos más importantes de un sistema de Cuentas Nacionales en Salud se encuentran las fuentes de información, los clasificadores y codificadores, las definiciones y sus límites, y los indicadores. Algunos de los indicadores más relevantes son la proporción del PIB (elección sobre cómo distribuir los recursos frente a otras opciones de gasto social); las fuentes de financiamiento (proporción entre fuentes públicas y privadas); los cambios en las fuentes (monitoreo de tendencias); los gastos según el tipo de servicios (evaluación de servicios); los cambios en los servicios (evaluación de las estrategias y políticas); y las proyecciones (el gasto según tendencias), etc.

3.9. Organismos internacionales

Debemos identificar claramente la importancia de armonizar las diferentes bases de datos estadísticos de salud pertenecientes al PNUD, a la División de Población de las Naciones Unidas, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF), a la OPS y a la generada por nuestro país. De esta forma se logrará contar con un instrumento eficaz para la toma de decisiones y el seguimiento de este proceso.

Existe una multiplicidad de fuentes de información de diversas organismos internacionales, de las Naciones Unidas (como UNICEF, PNUD, OPS, OMS, División

de Población, División de Estadísticas) y de organismos financieros (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo).

3.9.1 PNUD

Desde su establecimiento en 1966 el PNUD ha ocupado un lugar central en el sistema de actividades operacionales para el desarrollo de las Naciones Unidas. El PNUD trabaja en el plano comunitario para contribuir a la consolidación de la capacidad nacional, para el desarrollo sostenible y como líder del debate en materia de desarrollo. Algunas de sus principales publicaciones son los informes sobre el Desarrollo Humano y sus aportaciones en cuestiones decisivas como los bienes públicos mundiales y la gobernabilidad democrática. Otras publicaciones importantes son las relacionadas con las disminución de la pobreza y actualmente los relacionados con los Objetivos del Milenio.

3.9.2 CEPAL

Alguno de los principales datos que genera son los relacionados con los pronósticos de aumento en los precios de hidrocarburos y minerales, nuevos impuestos, los recursos fiscales de los países de la región sobre estos productos. Algunos de los principales temas son : sistema de cuentas nacionales, empleo, desempleo, así como proyecciones de producto interno bruto, anuarios estadísticos y datos de ingreso.

3.9.3 Organización Panamericana de la Salud

Presentan estudios muy amplios y estadísticas de morbimortalidad en América, así como, estudios amplios y sistemáticos realizados sobre una amplia variedad de enfermedades y traumatismos provocados por riesgos ambientales prevenibles, no prevenibles y causa de enfermedad. Los análisis proporcionan nuevos conocimientos. Así mismo, se incluyen estimaciones realistas acerca del número de defunciones y casos de enfermedad y discapacidad que podrían evitarse cada año.

3.9.4 Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)

Algunas de las principales publicaciones de la OCDE son las Cuentas Nacionales de los países pertenecientes a la OCDE, Producto Interno Bruto, cálculos pér cápita basados en las Paridades de Poder adquisitivo, bases de datos en línea, Indicadores Compuestos, Precios al Consumidor **,** Inflación Tasas de Desempleo Estandarizadas**,** crecimiento trimestral del Producto Interno Bruto así como el volumen del comercio de mercancías, etc.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, y el análisis de los datos de la información disponible por las dependencias, principalmente de gobierno, tenemos como resultado que sí se produce información relacionada con la salud, pero se requiere de otros mecanismos de análisis que faciliten los procesos de reflexión para la toma de decisiones.

La economía de la salud es un instrumento indispensable para la gestión sanitaria y la asignación de recursos que permite orientar la toma de decisiones para buscar alternativas eficientes y racionales dentro del conjunto de actividades de los servicios y las diferentes tecnologías del sistema nacional de salud.

En casos específicos los tomadores de decisión requieren recopilar información para la integración de reportes confidenciales con datos sobre los padecimientos de la población, pero no es posible debido a la legislación actual en materia de salud.

Se proponen dos alternativas:

a) Explicar como el conocimiento del número de casos de sida ha contribuido a la disminución ó aumento de la enfermedad, pero que el recuento sólo ha podido hacerse recogiendo el nombre de las personas. Se puede ampliar la explicación diciendo que este es un requisito imprescindible si queremos conocer los casos que aparecen en la mayoría de las enfermedades. En algunos casos, por cuestiones de seguridad y de discriminación, no es posible divulgar datos del paciente tales como: identidad, domicilio, enfermedad, etc.[1]

b) Manifestar a los ciudadanos que muchas decisiones de política social y sanitaria que se toman para la prevención de enfermedades y de promoción de la salud, se basan en resultados de estudios realizados en otros países, en los que se enlazan registros con datos individualizados. Y luego preguntarles si es legítimo proteger la privacidad absoluta en nuestro país, y al mismo tiempo, aprovecharse del conocimiento generado

[1] Carta de Derechos de los Pacientes en Minnesota (Minnesota Patients Bill of Rights-Spanish) http://www.health.state.mn.us/divs/fpc/consumerinfo/mn_patients_rts_spa_rg.pdf

en otros países donde sí está permitido utilizar la identificación personal cuando se presume que esto será beneficioso para la sociedad en su conjunto.

Si bien es de simple justicia histórica reconocer que durante el último medio siglo las instituciones de salud contribuyeron de manera importante a mejorar la salud de los mexicanos, es también necesario admitir que nuestras instituciones deben superar sus innegables atrasos y adaptarse a las rápidas transformaciones que experimenta el país.

La información en salud constituye una herramienta fundamental para las acciones de planeación en el sector público, inlcuye información estadística confiable como instrumento para la interpretación de las tendencias del crecimiento demográfico y las políticas de desarrollo que se aplican al respecto.

Las formas de posicionarse frente a las metas son variadas y dependerán de decisiones políticas, no solamente técnicas. En los procesos de toma de decisiones se requiere de un proceso de reingeniería de las políticas dirigidas a reducir la inequidad en materia de salud a nivel local, nacional y regional, en los cuales se deben rediseñar las políticas y los programas de salud en función de los grupos vulnerables, centrarse en las regiones menos favorecidas y hacer hincapié en los esfuerzos aplicados en los países con índices de desarrollo menos favorables.

En los países donde la población que vive por debajo de la línea de pobreza supera el 40% de la población total, no siempre es posible seleccionar programas focalizados para enfrentar los problemas de desigualdad. Estos programas se aplican mejor y se obtienen resultados más satisfactorios en países donde los segmentos con mayores carencias representan menos de 20% de la población, y donde —sea por razones de localización geográfica, de origen étnico, de edad o de sexo— la identificación de los beneficiarios por el costo que representaría es relativamente baja.

Es necesario tener siempre en cuenta las estrategias generales, como el fortalecimiento de la atención primaria de salud, que han sido aplicadas en México durante 25 años y cuya evaluación en términos generales es buena, aunque hace falta hacer más para facilitar el acceso a las comunidades más desprotegidas.

Con independencia de que los distintos departamentos sigan realizando las encuestas que satisfagan sus necesidades, es prioritario plantearse, al menos desde la administración del Estado, un plan de encuestas de salud, tanto para entrevistas como para exámenes médicos, cuyas estimaciones sirvan de referencia al conjunto de la población y a los representantes políticos.

• Mejorar y armonizar los sistemas de información de salud es prioridad, de lo contrario, no se podrán identificar adecuadamente las poblaciones objetivo ni se podrá afinar la selección de beneficiarios para los programas. Esto implica que los programas podrían desviarse y beneficiar a otros segmentos poblacionales.

• Diseñar programas de salud vinculados con los Objetivos del Milenio (ODM) que articulen adecuadamente el conjunto de prestaciones e intervenciones de mayor impacto, según las características de las poblaciones a quienes se quiere beneficiar. Para ello se deben tomar en cuenta su ubicación geográfica, su condición socioeconómica y su origen étnico, factores que muchas veces constituyen barreras para la eficaz puesta en marcha de los programas de salud. Se recomienda llevar a cabo un diálogo permanente entre la comunidad y los encargados de desarrollar los programas. Además fortalecen la voluntad política de apoyar los ODM. Las políticas de salud orientadas a aliviar la pobreza requieren de una voluntad explícita de los gobiernos de apoyar los cambios que estas implican y de garantizar el financiamiento necesario[2].

• Se debe garantizar el financiamiento de las acciones emprendidas para cumplir los ODM. Tomando en consideración que existen situaciones nacionales que no permiten (por lo menos en la etapa inicial) cubrir la inversión de la puesta en marcha de programas y políticas con fondos del presupuesto nacional, se recomienda la formulación de proyectos para acceder a fondos internacionales. Esta tarea requerirá la capacitación de equipos de los ministerios de salud a nivel nacional en el diseño de proyectos para llevar a cabo eficazmente las negociaciones con agencias de cooperación internacional e instituciones financieras.

[2] OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD Los objetivos del milenio Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 15(6), 2004

ANEXOS

ANEXO 1

Alma-Ata: 25 años después[1]

por David A. Tejada de Rivero

"Salud para todos en el año 2000" fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.

este año se cumple el 25o aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de "Salud para todos". Desde entonces, Alma-Ata y "atención primaria de salud" son términos indisolubles.

Ahora, 25 años después, vale reflexionar sobre estos hechos y, más que todo, sobre el sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado. Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema "Salud para todos" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la

[1] Tejada de Rivero, DA Alma-Ata: 25 años después Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 1, 2003

población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la "guerra fría" y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como ejes de una implacable guerra económica, cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias. Esto ocurrió con la caída del Muro de Berlín. Pero, dentro de los bloques dominantes, no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado "socialista" había una confrontación entre la Unión Soviética y China. Ello resultaría decisivo en la realización de la Conferencia.

Al mismo tiempo, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en lo económico. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70. Sobresalen las de China, India, y algunos países de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publican y la Organización Mundial de la Salud responde de manera muy activa, coincidiendo con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como director general. Mahler percibe muy bien estas experiencias y las proyecta a escala mundial y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

Una meta global

Esta meta social y política era en realidad un "slogan", término de origen escocés que se refiere a un grito o estandarte de batalla capaz de convocar y motivar a las personas. Sin embargo, el contenido sustantivo del slogan ha sido mal entendido, pues se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social, y más burocrática que política.

Cuando Mahler propone "Salud para todos" en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano). La segunda parte, referida al año 2000, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.

Fue muy importante el proceso de desarrollo conceptual acerca de qué es la salud. En 1946, la definición de salud incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública. Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de ser un notable salto cualitativo. Decía que la salud es "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

En la Declaración de Alma-Ata se reitera en forma expresa esa definición. Y se agregan los conceptos de que la salud "es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el

mundo". Además, el texto dice que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud".

Tampoco se comprendió, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por lo tanto, no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado. Tampoco se percibió suficientemente, a pesar de estar escrito varias veces, el hecho de que la salud es, por sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aun más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores.

Lo que sí fue muy claro, pero sigue siendo muy mal entendido, es la responsabilidad y el deber de todos —personas, grupos sociales y la ciudadanía en general— de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva. Lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

La denominación de "atención primaria de salud" surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los "médicos descalzos". Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados. Ya vimos la estrecha y errada interpretación de "salud".

En cuanto a la "atención", la versión original en inglés usó el término "cuidado" (care), y no "atención". El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud "forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)", y es "la función central y el núcleo principal" de "todo" el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

No está de más insistir en un punto: la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos —multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado —, y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los

estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas.

Repetidas veces en mis actividades docentes he desarrollado este punto procurando señalar lo que no es la atención primaria de salud (no importa su nombre, que lleva a errores), y lo que sí es. Repetidas veces, cuando era aún subdirector general de la OMS, debí guardar prudente silencio cuando los altos funcionarios de un gobierno me decían con orgullo que tenían una "dependencia específica" o un "programa nacional" de atención primaria o que desarrollaban actividades de atención primaria sólo en los puestos de salud más periféricos.

La propuesta soviética

En la 28a Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Así surgió lo que se dio en llamar atención primaria de salud. Fue una victoria de los países en desarrollo de entonces. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévolamente pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso científico y tecnológico. Era una prueba de que el modelo "flexneriano" no respetaba las fronteras ideológicas de la guerra fría.

En esa Asamblea, nadie pensó en realizar una conferencia internacional sobre el tema, pues prevalecía la idea de esperar por nuevas experiencias.

En enero de 1976, un día antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, previo a la 29a Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo de ese año, recibí en mi casa de Ginebra la visita de mi gran amigo Dimitri Venediktov, el poderoso viceministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética. Traía la idea de realizar una gran conferencia internacional sobre el tema de la atención primaria, así como dos millones de dólares como contribución extraordinaria de la Unión Soviética para ese efecto. Me explicó que la primera potencia socialista no podía permitir un triunfo de China en los países del entonces Tercer Mundo. Fue una gran sorpresa y no bastaron mis argumentos sobre lo prematuro de realizar una gran conferencia y que ella se llevase a cabo en Moscú, como fue su idea original.

Al comenzar el Consejo Directivo, Venediktov hizo su propuesta, y después de muchas presiones aceptó que la conferencia tuviera lugar en un país en desarrollo. Cuatro meses después, la idea fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó el encuentro para 1978. El director general me nombró coordinador general, encargado de todos los aspectos técnicos, logísticos y políticos. Esta tarea me tomaría veintinueve meses de trabajo y varios viajes a la Unión Soviética y a otros países.

Hoy debo reconocer que fue acertado realizar una gran conferencia internacional, ya que podía ser un medio extraordinario para promover un cambio tan importante. No hay duda de que mi amigo Venediktov era un político consumado.

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la Conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento

por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia.

Desechada la idea de Moscú, se comenzó a buscar un país y una ciudad del Tercer Mundo como sede de la Conferencia. Tarea muy difícil por las implicaciones económicas y logísticas requeridas para tal empresa. El costo adicional a los dos millones ofrecidos por la Unión Soviética era de poco más de un millón de dólares. San José de Costa Rica tuvo que ser descartada por el fracaso en las gestiones para la ayuda económica de los Estados Unidos. La posibilidad de El Cairo también fracasó ante la negativa de los países petroleros del Golfo a dar ayuda. Un viaje mío a Irán para lograr que la sede fuese Teherán sólo logró el interés de la hermana del Sha, la princesa Ashraf Pahlavi, quien fuera después uno de los seis vicepresidentes de la Conferencia. La única solución fue escoger una ciudad de la Unión Soviética que no fuese Moscú.

Se discutió con Venediktov acerca de los posibles lugares y viajé con él dos veces a Bakú, Tayikistán y Alma-Ata. La decisión debía ser tomada por la propia Unión Soviética y yo sólo llevaba el detallado cuadro de las necesidades y requerimientos físicos y logísticos mínimos. Pero, una vez más, mi amigo Venediktov me dio clases de manejo político. En los tres sitios me presentó como la persona que debía tomar la decisión final.

La selección de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del ministro de Salud de Kazajistán, y las condiciones de infraestructura física que debían realizarse en plazos bastante limitados. Alma-Ata significa "padre de las manzanas" y estaba en la república donde la Unión Soviética tenía sus programas espaciales para la guerra fría. Era, además, vecina de China.

Fue extraordinario el trabajo realizado por el gobierno y el ministro de Salud de Kazajistán. Construyeron en un año, entre otras cosas, un hotel de 1.000 camas. El magnífico Centro de Convenciones Lenin, con un auditorio para 3.000 personas, tenía un sistema completo de interpretación simultánea y receptores auriculares en todos los asientos. Pero la comunicación era sólo unidireccional, es decir, del podio a la platea, por lo que hubo que llevar un sistema inalámbrico de Italia. También hubo otros problemas que se fueron resolviendo en nuevos viajes. Al final, tuvimos que llevar personal de Ginebra para facilitar los trámites de inmigración, aduana y recepción en los aeropuertos de Moscú y Alma-Ata. Todo el personal de secretaría fue de Ginebra en dos aviones. Al final, todo funcionó sin contratiempos. El senador Edward Kennedy fue bien recibido y atendido a pesar de no formar parte de la delegación oficial de Estados Unidos y llegar de improviso. Su presencia era una demostración de la importancia política que había adquirido la Conferencia.

Un año antes de la Conferencia se comenzó a preparar los borradores de trabajo y consulta, los cuales, con la participación activa de los gobiernos y otras organizaciones, se convertirían en los documentos oficiales a ser revisados y aprobados por la Conferencia. Tanto la Declaración como las Recomendaciones fueron el resultado de dieciocho borradores, revisados y corregidos en reuniones regionales (en las seis Regiones de la OMS y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977), en grupos especiales de países, y en algunos países. Sin serlo en lo formal, la

Conferencia se preparó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo.

El proyecto oficial sufrió pocas modificaciones, algunas de las cuales, es de lamentar, contribuyeron después y en gran parte, a las distorsiones de los conceptos originales. Muchas delegaciones y delegados pugnaron por incorporar detalles puntuales correspondientes a especialidades más médicas que de salud. Era muy importante que la Conferencia fuera co-auspiciada y organizada en forma conjunta con el UNICEF. En un principio fue difícil pero el trabajo realizado con Richard Hayward y Newton Bowles, dos excelentes amigos en puestos claves de UNICEF, permitió convencer a Henry Labouisse, entonces director ejecutivo, y establecer una participación activa y positiva de este Fondo de las Naciones Unidas. Debo reconocer siempre el privilegio de haber trabajado tan estrechamente con el UNICEF, una colaboración que se prolongó hasta mi retiro de la OMS.

Lástima que mucho después, por la impaciencia de lograr algunos resultados tangibles en lugar de trabajar sobre siempre difíciles procesos de cambio, algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica alejadas de la original atención primaria de salud.

La llamada "atención primaria de salud selectiva", los "paquetes" de algunas "intervenciones de bajo costo" como GOBI y GOBI-FFF (siglas en inglés para monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna, suplementos alimentarios, alfabetización de mujeres y planificación familiar), así como otras formas contrarias al espíritu y conceptos de Alma-Ata, constituyeron una desviación que contribuyó a aumentar las distorsiones.

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia, también social y política, de la "atención primaria de salud", no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener control sobre el destino es la construcción de democracias auténticas, descentralizadas y participativas. Hoy es imprescindible transferir —o mejor dicho "devolver"— el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

"El cuidado integral de la salud para todos y por todos" —la mejor forma de expresar la genuina "atención primaria de salud" de Alma-Ata— es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día mas injusto.

Tal vez sea necesario convocar a una Alma-Ata II para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios mundiales y de las experiencias de estos 25 años.

ANEXO 2

LÍNEA DEL TIEMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO, 1902-2002[2]

Año	*Acontecimientos Históricos*
1902	• Expedición del Código Sanitario, primero del siglo
1902	• Inicio de campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo
1907	• Inicio de la primera campaña contra la sífilis
1908	• Se reforma la Constitución para ampliar la competencia federal y encomendar a los poderes de la Unión "la salubridad general de la República"
1910	• Fundación "oficial" de la Cruz Roja Mexicana
1916	• Traslado del Instituto Bacteriológico Nacional a Jalapa, Veracruz
1917	• En la Constitución Política (Querétaro), Artículo 73, se confía a los poderes nacionales la salubridad general de la República; en el Artículo 123 se expresan las bases generales de seguridad social para los trabajadores
1920	• Reinstalación del Instituto Bacteriológico Nacional en el Distrito Federal
1921	• Instituto de Higiene; sustituyó al Instituto Bacteriológico Nacional
1921	• Creación de la Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla, con la presencia de la Fundación Rockefeller

1922	• Inauguración de la Escuela de Salubridad; se reestructura en 1925
1922	• Primera Convención Sanitaria Nacional
1923	• Se registra la última víctima de fiebre amarilla
1925	• México suscribe al Código Sanitario Panamericano
1926	• Promulgación de un nuevo Código Sanitario
1926	• Expedición del reglamento para el ejercicio de la prostitución
1929	• Creación del Servicio de Higiene Infantil, dependencia de Salubridad Pública
1929	• Establecimiento de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia
1931	• Expedición de la Ley Federal del Trabajo; rige accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
1932	• Celebración de los primeros convenios de coordinación entre servicios sanitarios federales y locales
1933	• Se declara la observancia obligatoria de la aplicación del método profiláctico de Credé para prevenir la conjuntivitis gonocócica en los recién nacidos
1934	• Inicio de la Campaña Antituberculosa
1934	• Creación del Instituto Politécnico Nacional, base para estructurar la Escuela Superior de Medicina Rural
1934	• Expedición de un nuevo Código Sanitario
1934	• Expedición de la Ley de Coordinación y Cooperación de

	Servicios de Salubridad entre Departamento de Salubridad y Gobiernos de los Estados
1936	• Se declara de interés público la Campaña contra el Paludismo
1936	• Implantación del Servicio Médico Social para los Estudiantes de Medicina
1936	• Creación de los Servicios Médicos Ejidales
1937	• Creación de la Secretaría de Asistencia Pública
1939	• Inauguración del Instituto de Salubridad y Asistencia (SSA), resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública
1941	• Creación de la Escuela Nacional de Nutrición
1943	• Constitución de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad
1943	• Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
1943	• Creación de la Sociedad Mexicana de Higiene, a partir de 1962 Sociedad Mexicana de Salud Pública
1943	• Propuesta para crear la Asociación Fronteriza Mexicana Estadounidense de Salud Pública, en reunión de la Oficina Sanitaria Panamericana
1943	• Inauguración del Hospital Infantil de México
1943	• Se determina que los jefes de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en los estados deberán ser médicos sanitarios de carrera, o especializados en

	ciencia sanitaria o medicina social
1944	• Creación del Instituto Nacional de Cardiología
1944	• Creación del Hospital de Enfermedades de la Nutrición
1944	• Inicio del Plan Nacional de Hospitales
1948	• Creación del Instituto Nacional Indigenista
1949	• Expedición de un Nuevo Código Sanitario
1951	• Erradicación de la Viruela
1953	• Creación del Comité Nacional de Lucha contra la Poliomelitis
1953	• Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales
1953	• Creación del Programa de Bienestar Social Rural
1954	• Creación de la Comisión Nacional de Hospitales
1954	• Inicio de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo
1955	• Expedición de un Nuevo Código Sanitario
1956	• Transformación de la Escuela de Salubridad en Escuela de Salud Pública
1957	• Inicio de la Campaña Permanente de Poliomielitis
1959	• Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
1961	• Estructuración del Instituto Nacional de Protección a la

	Infancia (INPI)
1961	• Promulgación de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM)
1968	• Creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social
1968	• Organización de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Dependían de la misma: la Casa de Cuna, la Casa Hogar para Niñas y el Hospital Infantil, todos en la Ciudad de México
1968	• En los servicios de urgencia de los hospitales de la ciudad de México cientos de heridos fueron atendidos a consecuencia de enfrentamientos entre grupos militares, policías y estudiantes
1970	• Expedición de un nuevo Código Sanitario
1971	• Expedición de la primera ley sobre control de la contaminación ambiental; se encarga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia su aplicación
1972	• Adición al Artículo 4 de la Constitución: "Todos los individuos tienen el derecho de decidir, de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos"
1973	• Incorporación a la Ley del Seguro Social del concepto de solidaridad
1973	• Inicio del Programa Nacional de Inmunizaciones
1976	• Creación del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPIF)
1977	• Conformación del sector salud, bajo la coordinación de

	la SSA; no abarcó al IMSS, al ISSSTE, ni al DF
1977	• Creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), resultado de la fusión del IMPIF y del IMAN
1977	• Inauguración del Instituto Nacional de Perinatología
1978	• Creación de la coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar
1978	• Institución de la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental
1978	• Creación del Gabinete de Salud
1978	• Fundación del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)
1978	• Creación del Instituto Nacional de Psiquiatría
1979	• Creación del Programa IMSS-COPLAMAR
1982	• Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia al sector salud
1982	• El Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología, dejaron de ser dependencias del DIF; se constituyeron en organismos públicos descentralizados. Los hospitales del DIF en Sonora y Guerrero pasaron a depender de los gobiernos de las entidades federativas respectivas
1983	• Conformación de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector Salud en el seno del Consejo de Salubridad General
1983	• Incorporación a la Constitución del derecho a la

	protección a la salud
1983	• Desaparición del programa COPLAMAR; el IMSS asumió la responsabilidad del mismo
1984	• Promulgación de la Ley General de Salud, desaparece el Código Sanitario
1984	• En el pueblo de San Juan Ixhuatepec, Tlalnepantla, Estado de México, se registraron 4,500 heridos, consecuencia de explosiones de gas. Se atendieron en hospitales del Estado de México y del Distrito Federal
1985	• Un sismo destruyó gran parte de la capacidad hospitalaria, en particular la de la Ciudad de México
1985	• Tlaxcala es el primer estado en adherirse al proceso de descentralización de los servicios de salud
1990	• Iniciación de la estrategia Sistemas Locales de Salud (SILOS)
1990	• Se creó el Programa IMSS-Solidaridad con base en el Programa IMSS-COPLAMAR
1990	• Último caso de poliomielitis registrado
1991	• Inauguración del Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos
1991	• Creación del Programa de Vacunación Universal
1991	• Fundación del Consejo Nacional de Vacunación
1991	• Último caso de difteria registrado
1992	• Creación de las Semanas Nacionales de Vacunación

1995	• Establecimiento del Consejo Nacional de Salud, instancia de coordinación entre la Secretaría de Salud federal y los servicios de salud estatales
1995	• Se inicia una nueva descentralización de los servicios estatales de salud
1996	• Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
1996	• Implantación del Programa de Reforma del Sector Salud. Sus objetivos: promover la calidad y eficiencia, ampliar cobertura, concluir la descentralización
1997	• Conformación de cada estado de un Organismo Público Descentralizado (OPD), encargado de los servicios de salud
1997	• Puesta en marcha del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)
1999	• Publicación en el Diario Oficial de la Federación del Programa de Certificación de Hospitales
2000	• Publicación en el Diario Oficial de la Federación de las normas relativas a las Instituciones de Seguros Especializados
2000	• Creación del Centro Nacional de Trasplantes
2001	• Publicación de la Carta de los Derechos de los Pacientes
2001	• Se creó en la Secretaría de Salud la Oficina de la Coordinación de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas
2002	• Surge estrategia contra la pobreza, denominada OPORTUNIDADES, que reemplazó al PROGRESA

ABREVIATURAS

ANUIES - Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior

AVAC – Años de Vida Ajustados por calidad

AVISA – Años de Vida Saludables

BID – Banco Interamericano de Desarrollo

BIOSA – Boletín de Información Oportuna del Sector Alimentario

BM - Banco Mundial

CD-ROM – Compact Disk Read Only in Memory

CONACYT – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

CONAPO – Consejo Nacional de Población

GNS – Gasto Nacional en Salud

IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI – Instituto Nacional de Geografía y Estadística

ISSSTE – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

MDM – Metas del Milenio

OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS – Organización Mundial de Salud

ONU – Organización Naciones Unidas

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PIB – Producto Interno Bruto

PNUD – Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

SECOBI – Servicios de Consulta a Bancos de Información

SEDESOL – Secretaría de Desarrollo Social

SISbp – Sistemas de Información en Salud base poblacional

SNDI – Sistema Nacional de Desarrollo Integral

SSA – Secretaría de Salud.

UNICEF – Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los Niños

VHI – Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO DE TERMINOS

ALTAVISTA

Buscador de Internet, que llego a tener la mayor cantidad de páginas indexadas en el web, más de 140 millones, alrededor de 1997/98. Fue adquirido por Overture a principios del 2003. Se puede acceder por www.altavista.com FUENTE: : Glosario de Internet: Curso de capacitación. http://www.e-colombia.com.co/pdf/Glosario.pdf

BANNER

Tipo de anuncio publicitario en una página web. Tiene la peculiaridad, entre otras, de ser interactivo ya que enlaza con una página web del anunciante. Un banner del Ford Focus no remite a la página principal de Ford, sino que lleva al usuario a la web que dentro del sitio web Ford han destinado a ese modelo de coche en particular. Su tamaño se mide en píxeles, siendo el más común el "full banner", de 468 x 60 píxeles, también llamado: "a bandera".

BROWSER

Aplicación para visualizar todo tipo de información y navegar por el ciberespacio que cuenta con funcionalidades plenamente multimedia. Como ejemplo de navegadores tenemos Internet Explorer y Netscape. Estos programas pueden actualizar sus últimas versiones de forma gratuita. FUENTE: Glosario de Internet: Curso de capacitación. http://www.e-colombia.com.co/pdf/Glosario.pdf

B U S

En arquitectura de computadores, un bus puede conectar lógicamente varios periféricos (o computadores) sobre el mismo conjunto de cables. Bus es una palabra inglesa que significa "transporte". Aplicada a la informática, se relaciona con la idea de las transferencias internas de datos que se dan en un sistema computacional en funcionamiento. En el bus todos los nodos reciben los datos aunque no se dirijan a todos éstos. Los nodos a los que no van dirigidos los datos se ignoran.

Los primeros buses de computadoras eran literalmente buses eléctricos paralelos con múltiples conexiones. Hoy en día el término es usado para cualquier arreglo físico que provea la misma funcionalidad lógica que un bus eléctrico paralelo. Los buses modernos pueden usar tanto conexiones paralelas como en serie, y pueden ser cableados en topología *multidrop* o en *daisy chain*, o conectados por *hubs switcheados*, como el caso del USB. Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Bus_%28Inform%C3%A1tica%29

GOOGLE

Google se localiza concretamente en la localidad de Mountain View, en California (EEUU) y la ip del buscador es: 216.239.39.100, en este lugar se encuentra la parte más importante de google, aunque google tiene unos servidores impresionantes y una arquitectura de interconexion bastante compleja, esto le permite que su servidor pueda soportar millones de peticiones por segundo.

Estructura de Google

La estructura interna de google en cuanto a su funcionamiento es muy compleja, sin embargo explicare brevemente como funciona el buscador, para esto debemos definir el término de agentes, programas que se mueven por internet (Agentes Móviles) o que se mantienen estáticos (Agentes Estáticos), en un nodo de la misma leyendo toda la información que pasa por allí y analizandola, cada uno de ellos realizando diferentes operaciones: Notificación, Filtro de Información, de busqueda, de servicio...

- Agentes Móviles: Estos agentes se dedican a ir viajando a respectivos HOSTS, monitorizando la red, analizando la información que pasa por allí y visitando muchas de las webs.

- Agentes de Busqueda: Está formado por el indexador y crawler, la base de datos, se encarga de ir buscando las webs para incluirla en la base de datos.

- Agentes Filtros: Son utilizados para filtrar toda la información de esta manera se consigue que la calidad de la información sea mucho mayor.

Existen otros muchos más agentes, como son el de entrega off-line, notificadores (son los que notifican los cambios en las páginas) y los de servicio.

Problema de los Buscadores y WWW

El principal problema que tienen los buscadores es como catalogar los miles de millones de páginas que se distribuyen por internet hoy en dia, cosa que es imposible catalogar de forma anual, ya que no se puede contar con una plantilla tan amplia que vaya catalogando cada una de las páginas y dandole importancia a la misma. En este método es aún utilizado por yahoo, a eso se debe que este sea uno de los buscadores más potentes y fiables. Por lo que aparecieron los Indexadores, Spiders y Crawlers, que tienen la misma función que la de las personas que catalogaban las páginas, las ventajas de estos es que son capaces de visitar miles de webs diarias, por lo que lo hacen actualmente del método más eficaz para los buscadores.

Indexador del Google

Google cuenta con un grupo de indexadores, que le permite visitar millones de webs cada mes, Su sistema cuenta con muchas características que vamos a comentar una a una:

- Sistemas de Crawler distribuido: Son las aplicaciones más frágiles del buscador están realizadas en Phyton, cada crawler es capaz de abrir 300 conexiones a la vez, cada unos con su propio DNS, este sistema de crawler esta controlado por un servidor de URL que le indica que página debe bajarse, para luego almacenar todas las páginas en un repositorio.

- Analisis de las webs: El siguiente paso es analizar las webs, contar los vinculos para luego contar los hits y crear una valoración de las páginas almacenadas en el repositorio.

- Docindex y Anchor file: El primero se encarga de trabajar como un puntero indicando la Posición en cada momento, el anchor file se encarga de guardar todo el contenido en si de la pagina, descripciones, textos... A partir de aquí sigue un proceso de ordenación y análisis de ranking.

El programa de indexación es un algoritmo infinito, que nunca para, que se encarga en un principio de visitar la pagina para obtener la descripción, buscar los vinculos, luego visitar cada uno de los vinculos, indexar las páginas... Luego reordena las páginas, buscando cuantos vinculos apuntan a ella y cuentos vinculos hay dentro de la página FUENTE: http://www.info-tecnologia.com.ar/internet/funcionamiento-google-buscador-2.php

IMSS-COPLAMAR

En 1979 se firmó el CONVENIO IMSS – COPLAMAR, significa Coordinación General del Plan Nacional De Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

IMSS-SOLIDARIDAD

El nombre de este proyecto de asistencia social, coordinado por el gobierno federal ha tenido varios cambios de denominación. Cuando se creó por primera vez se llamaba IMSS-COPLAMAR. En 1983 desaparece COPLAMAR (se deroga el acuerdo presidencial por el que se estableció); 1984 se publica un decreto de descentralización de los servicios de salud; 1985-1988 posteriormente, en 1989 este programa se convierte IMSS-SOLIDARIDAD.

INTERNET EXPLORER

Internet Explorer (también conocido como IE o MSIE) es un navegador de Internet gratuito producido por Microsoft para su plataforma Windows y más tarde Apple Macintosh. Creado en 1995, tras la adquisición por parte de Microsoft del código fuente de Mosaic, un navegador desarrollado por Spyglass. El navegador fue renombrado a Internet Explorer, para competir con Netscape. FUENTE: http://es.wikipedia.org/wiki/Internet_Explorer

Lycos

Es un portal web que incluye un [buscador]. Surgió como un proyecto de desarrollo de un motor de búsqueda liderado por el Dr. Michael Mauldin de la Universidad Carnegie Mellon en 1994. Se incorporó en 1995 y llegó a ser uno de los sitios web más visitados de internet con una presencia global en alrededor de 40 países.

El nombre "Lycos" es la palabra griega para «lobo», que se encuentra como raíz en Lycosidae, una familia de arañas que buscan activamente su presa, o en licántropo.

M A R C

Machine Readable Cataloging Record (Récord de Catálogo Legible por Computador) El cual utiliza etiquetas, indicadores, y delimitadores para identificar información sobre el Récord o autoridad bibliográfica. El MARC record se puede ver en STAR GATEWAY ó en DRA WEB2. Primer formato normalizado de registro bibliográfico automatizado, creado por la Biblioteca del Congreso de Washington en 1966. Surge por la necesidad de recoger la información bibliográfica e introducirla en el ordenador mediante una estructura catalográfica que haga que el registro sea identificado por el ordenador. Ha sido adoptado en otros países con pequeñas variantes: USMAC, DMARC, CATMARC, UNIMARC. sapiens.ya.com/rdib/glos.htm

MOZILLA FIREFOX

Es un navegador web del proyecto Mozilla. El objetivo de Firefox es desarrollar un nuevo navegador para el conjunto Mozilla suite, aunque también el desarrollo de un navegador independiente de la suite, que fuera más pequeño, rápido y que aportara características novedosas a la navegación. Del mismo modo que Mozilla Suite, Firefox es multiplataforma, utiliza el lenguaje de interfaz XUL y es software libre. es.wikipedia.org/wiki/Mozilla_Firefox

NETSCAPE

Casa desarrolladora de software, creadora de programas como el conocido navegador de internet Navigator, que ahora se distribuye junto con otras utilidades (como Messenger, para el correo electrónico, Collabra para los grupos de noticias y Composer para la creación de páginas Web) bajo el nombre de Communicator.

Cliente WWW desarrollado por Netscape Communications Corp. Descarga y visualiza las imágenes en forma incremental, que permite, leer el texto (también descargado de forma incremental). Es probablemente el mejor cliente WWW. Soporta acceso directo a news, sin pasarelas, y muchas de las extensiones de HTML. Nestcape es un producto comercial, que puede ser evaluado libre de cargo y por tiempo ilimitado de forma individual. Disponible vía FTP anonymous en ftp://ftp.mcom. ... FUENTE: http://personales.com/espana/barcelona/Palomino/Diccionario.htm

OPERADORES BOOLEANOS

Los operadores booleanos (AND, NOT, OR, XOR) localizan registros que contienen los términos coincidentes en uno de los campos especificados o en todos los campos especificados. Utilizar operadores booleanos sirven para conectar palabras o frases entre una o más palabras en un campo de texto.

- Utilizar el operador AND para localizar registros que contengan todos los términos de búsqueda especificados. Por ejemplo, si se busca por "perros AND gatos", la biblioteca-e localiza registros que contengan todos los términos especificados.

- Utilizar el operador OR para localizar registros que contengan cualquiera o todos los términos especificados. Por ejemplo, si se busca por "perros OR gatos", la biblioteca-e localiza registros que contengan el primer término o el segundo.

- Utilizar el operador NOT para localizar registros que contengan el primer término de búsqueda pero no el segundo. Por ejemplo, si se busca por "perros NOT gatos", la biblioteca-e localiza registros que contienen el primer término pero no el segundo.

- Utilizar el operador XOR (o exclusivo) para localizar registros que contengan cualquiera de los términos especificados pero no todos los términos especificados. Por ejemplo, si se busca por "perros XOR gatos", la biblioteca-e localiza registros que contienen cualquiera de los términos especificados pero no todos los términos especificados.

TELEPAC

La Secretaría de Comunicación y Transportes es la encargada, de mantener y operar la Red Pública de Transmisión de Datos, conocida como Telepac, a través de la empresa Telecomunicaciones de México, Telecomm.

La red Telepac conecta a 55 ciudades del país, por medio de complejos sistemas de transmisión de datos, por donde circulan miles y miles de bytes de información en lo que se conoce como “paquetes”.

U R L

Acrónimo de Universal Resource Locator (Localizador Universal de Recursos /Identificador Universal de Recursos). Sistema unificado de identificación de recursos en la red. Es el modo estándar de proporcionar la dirección de cualquier recurso en Internet. www.marketing-xxi.com/glosario-de-terminos-de-marketing-en-internet-149.htm

Yahoo

Buscador/Directorio de Internet. Yahoo! está ordenado por categorías. Este trabajo lo hacen editores humanos, y por lo general el número de páginas indexadas no es mayor que otros buscadores. El motor de búsqueda que usa Yahoo es Inktomi, para complementar su directorio. Fue uno de los primeros buscadores en Internet, y sigue

siendo uno de los más populares, aunque ya menos usado que Google. www.yahoo.com

FUENTE: Glosario de Internet: Curso de capacitación. http://www.e-colombia.com.co/pdf/Glosario.pdf

BIBLIOGRAFIA

A

La administración pública y sus requerimientos de información. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

AHIJADO, M; AGUER, M Diccionario de economía y empresa.- España: Ediciones Pirámide, p.483

AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION Diccionario de Biblioteconomía, 1998. 245p.

Análisis retrospectivo de los servicios y fuentes de información en el área de salud en México. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

ARREDONDO, A. Economía de la salud para América Latina: un marco para el análisis y la acción en sistemas de salud. Lima: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999

ARREDONDO L, Armando y PARADA T, Irene. Tendencias en la generación y reproducción del conocimiento sobre evaluación económica y salud. *Rev. méd. Chile*, ago. 2001, vol.129, no.8, p.925-934

ARRIAGA, AM ; CERVANTES, AL; TORRE, D Desarrollo de habilidades informativas para la investigación. Presentación del curso. Disponible en http://72.14.209.104/search?q=cache:5XI3yg2uEUQJ:www.lag.itesm.mx/biblioteca/invver03.ppt+4+segundos+se+agrega+una+p%C3%A1gina+web+y+cada+14+d%C3%ADas+se+duplica+la+cantidad+de+informaci%C3%B3n+existente+en+la+red&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx [consultada el 29 de noviembre de 2006]

ARTEAGA, ÓSCAR; THOLLAUG, SUSAN; NOGUEIRA, ANA CRISTINA Información para la equidad en salud en Chile / Information for health equity in Chile . Revista Panamericana de Salud Pública;11(5/6):374-85, may.-jun. 2002. tab

B

BANCO DE MEXICO The mexican economy. – México, 1994. 198p.

Boletín de recursos de la Secretaría de Salud, 1984.

BUSTAMANTE MONTES, LILIA PATRICIA La información sobre el daño a la salud producido por las drogas y su uso: estudio en un grupo de estudiantes de medicina y médicos internos de pregrado / The information about the health damage produced by drugs and their use: study in a group of medical students and pre-graduate internship physicians Salud Pública Mex;26(6):553-60, nov.-dic. 1984.

C

Centro regional de intercambio, documentación e información sobre el SIDA. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

COLLAZO HERRERA, Manuel *et al*. **Health economics: should it concern the health sector?**. *Rev Panam Salud Publica*, Nov. 2002, vol.12, no.5, p.359-365. ISSN 1020-4989.

CONAPO Indice de marginación municipal 1990 http://www.colson.edu.mx/barco/Databases/Socio/marginacion_personalizada.htm

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (México) 1950-1990.- México: CONAPO, [1990?]. 125p.

COMPARATIVE RESEARCH PROGRAMME ON POVERTY (CROP). La pobreza y la desigualdad social vistos a la luz de la problemática étnico-racial en América Latina. [http://www.crop.org/workshops/files/000076-BP-CROP-CLACSO-CIDSE%20Nov%202005%20spanish.pdf] consultado en 28 de noviembre, 2006.

CULVER A, NEWHOUSE J, Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.

CULVER, A.J. The normative economics of health care finance and provision Oxford Review of Economic Policy 1989: 5(1) p:34-58
Carta de Derechos de los Pacientes en Minnesota (Minnesota PatientsÕ Bill of Rights-Spanish)
http://www.health.state.mn.us/divs/fpc/consumerinfo/mn_patients_rts_spa_rg.pdf

D

DAVILA, E; GUIJARRO, M; Evolución y reforma del sistema de salud en México. – Chile: ONU. Unidad de Financiamiento en México, 2000. pag. 5

Del Prete S. Economía y salud en tiempos de reformas. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de La Plata; 2000

Diario Oficial de la Federación 4 de agosto, 1943

Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

DRUMMOND, M.F. & STODDART. G.L. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Stat.Q.*, 38:1-18, 1985.

F

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. México. Consejo Nacional de la Mujer. El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre participación política y toma de decisiones en México: una guía para el uso y una referencia para la producción The approach of gender in the production of statistics on political participation and decision takers: a guide for use and a reference for the production.- México. D.F; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; 2000. 77 p. tab, graf. (Estadísticas de género).

La formación de bibliotecas biomédicas en el CINVESTAV. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Las fuentes de la información aplicada en las bibliohemerotecas médicas del ISSSTE. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud. - México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD La salud en México: 2006/2012. Visión de Funsalud.- México, 2006. pag. 27

FUNSALUD. Observatorio de la Salud. – México, 1985.

FRENK, J II. DESEMPEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Gac Méd Méx*, sep./oct. 2001, vol.137, no.5. ISSN 0016-3813

Frenk J, Durán-Arenas L, Querol-Vinagre J, García C, Vázquez D. Los médicos en México: ¿cuántos, quiénes y en dónde? Gac Med Mex. En prensa y Narro J. Presente y futuro de los médicos en las instituciones públicas. Gac Med Mex. En prensa.

G

GUTIERREZ ZUNIGA, Cristina, HERNANDEZ PENA, Patricia, ORTIZ GUERRERO, Claudia *et al*. Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental. *Rev. Saúde Pública*. 1994, vol. 28, no. 2, pp. 153-166.

H

HAENSZEL, W.A. Standarized rate for mortality defined in units of lost years of life. *Am. J.Public Health,* 40:17-26, 1950.

HIDALGO VEGA, A; CORUGEDO DE LAS CUEVAS, INDALECIO Economía de la salud.- España: Ediciones Pirámide, 2000. pp. 316

HIERRO, GRACIELA (COORDINADORA); PARADA-AMPUDIA, LORENIA; PÉREZ, LINA; CAREAGA PÉREZ, GLORIA Participación en la vida pública y acceso en la toma de decisiones. Participation in public life and access to decisions.- México D.F; Consejo Nacional de Población; sept. 1995. 57 p. ilus. (Situación de la Mujer en México. Aspectos Jurídicos y Políticos, 14).

I

Información básica sobre los servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2001. *Salud pública Méx*, Mar./Apr. 2003, vol.45, no.2, p.129-143. ISSN 0036-3634..

INEGI. Anuario Estadístico.- México, 2002. pag. 75

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION Encuesta nacional de nutrición. http://www.nutricionenmexico.org.mx/encuestas.php [consultada el 28 de noviembre de 2006]

IZAZOLA LICEA, JA Inventario de fuentes de información sobre VIH/SIDA en América Latina y el Caribe Inventary of information sources on HIV/AIDS in Latin America an The Caribbean.- México, D.F; México. Fundación Mexicana para la Salud; Oct. 1998. 239 p.

K

KOONTZ, H; WEHRICH, H Administración. Una perspectiva global. – México: Mac Graw Hill, 1993. p. 154.

Kessler G, Di Virgilio M. Perspectives on urban poverty in Latin America. La nueva pobreza urbana en Argentina y América Latina. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center of Public Policy; 2003 (documento de trabajo).

L

LINGER, CARLOS; SPINELLI, HUGO; IRIART, CELIA El internet y su incorporación al sector de la salud / The internet and its incorporation by the health sector. Revista panamericana de salud pública;1(4):315-21, abr. 1997.

LORÍA, ALVAR; FERNÁNDEZ, VICTORIA; ARROYO, PEDRO Cobertura de artículos y revistas mexicanas en la base de datos Bibliomex Salud / Coverage of Mexican biomedical data base. Salud Pública Méx;38(1):41-6, ene-feb. 1996. Tab

LOYOLA, Enrique *et al*. Geographic information systems as a tool for monitoring health inequalities. *Rev Panam Salud Publica*, Dec. 2002, vol.12, no.6, p.415-428. ISSN 1020-4989.

LOZA SALDIVAR, ARNOLDO DE LA; ORDAZ MÁRQUEZ, GUADALUPE; GONZÁLEZ LEDEZMA, ARTURO Avances actuales en los sistemas de información del IMSS / Present trends in the information systems of the IMSS. Salud Pública Méx;27(2):161-8, mar.-abr. l985. Ilus

M

MACÍAS CHAPULA, CÉSAR AUGUSTO Perspectivas de la información biomédica en México / Perspectives of biomedical information in Mexico Salud Pública Méx;26(3):272-80, mayo-jun. 1984.

MACÍAS CHAPULA, CÉSAR AUGUSTO; HERNÁNDEZ VERA, VÍCTOR; MORENO GARCÍA, LEONARDO Diseminación selectiva de información en apoyo a problemas prioritarios de salud / Selective dissemination of information in support to priority health problems. Salud pública Méx;30(6):827-35, nov.-dic. 1988. Tab

MACÍAS CHAPULA, CÉSAR AUGUSTO; HERNÁNDEZ VERA, VÍCTOR; MORENO GARCÍA, LEONARDO Programa de Diseminación Selectiva de Información en Apoyo a Problemas Prioritarios de Salud II / Selective dissemination of Information Program in Support of Priority Health Problems. Salud pública Méx;31(1):100-5, ene.-feb. 1989.

México. Instituto Nacional de Salud Pública. Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud, 1994-2000 / Basic information on resources and services of the National Health System, 1994-2000. México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y Salud. Una Introducción para

Tomadores de Decisiones. Gender and Health. An Introduction for Decisions Makers.- D.F.; Secretaría de Salud; 2005. 44 p. graf, tab.

Milne R. [Editorial] *PharmacoEconomics* 1992; 1(1):1.

MORENO JAIMES, C La descentralización del gasto en salud en mexico: una revision de sus criterios de asignación . – México: Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE y a la Fundación Ford, 2000. 40p

MORTON, R; NAMAY, K; SCHWARTZ, L Estructura de mercado e innovación. – México: Alianza Económica y Finanzas, 1982. p. 245.

O

ONU línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002. http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm [consultada el 28 de noviembre de 2006]

ONU Qué son los objetivos de desarrollo del Milenio? http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ [consultado el 28 de noviembre de 2006]

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. 128ª. Sesión del Comité Ejecutivo. Informe sobre la 19ª. Sesión del subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo.- EUA: OMS-OPS, 2001. 41 p.

ORTUN-RUBIO,V; PINTO-PRADES, JL; PUIG-JUNOY, J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. – En: Atención Primaria, 2001 : 27(1) ene.

P

Las perspectivas de la información en salud. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Programa de Atención a la Salud para la Población Marginada en Grandes Urbes, 1981

PUJOL, R La literatura gris en expansión. El profesiona de la información. http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/1995/marzo/la_literatura_gris_en_expansin.html [consultado el 28 de noviembre de 2006]

R

RANGEL SOARES, LUIS CARLOS; GRIESINGER, MARILENA; DACHS, NORBERTO Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud / Inequities in access to information and inequities in health. Revista Panamericana de Salud Pública;11(5/6):386-96, may.-jun. 2002. graf

Los recursos bibliográficos de las bibliotecas del área químico-médico-biológico de la UNAM. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Informacion en Salud. .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

REGIDOR, E. Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: situación actual y propuestas (de futuro).- En: Peiró S, Domingo Uriarte LI, coords. Información sanitaria y nuevas tecnologías - XVIII Jornadas de Economía de la Salud. Vitoria-Gasteiz: Asociación de Economía de la Salud, 1998. Madrid, España.

S

SECRETARIA DE GOBERNACION-CONSEJO NACIONAL DE POBLACION La situación demográfica de México, 1998: La población nacional y su crecimiento.- México, [1998]. Pag. 6

SSA. Indicadores de Mortalidad, 2003. pag. 1

SSA. Anuario estadístico de morbimortalidad.- México, 2003. pag. 22

SECRETARIA DE SALUD. Perfiles epidemiológicos de la salud. 1990.

SECRETARIA DE SALUD. Seminario de Fuentes de Información. Ponencia de Victórico Rodríguez., 1998. p. 117

SECRETARIA DE SALUD. Seminario de Fuentes de Información. Ponencia de Miguel A. Lezana, 1998. p. 117

SECRETARIA DE SALUD Diez principales causas de mortalidad, 1996-2002.- México, 2003. pag. 45

SECRETARIA DE SALUD Programa de Acción Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica *(SINAVE) .-2da. Ed.- México: 2001. pags. 1-22*

Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud. .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Sistema de vigilancia epidemiológica. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Sistema nacional de información y documentación sobre adicciones. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud. México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Sistema nacional de registro de la investigación en salud. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Los servicios de información y documentación en salud. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud. .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Los sistemas de información y documentación OPS/OMS: alcances y perspectivas en México. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

El sistema de documentación y archivo de la Secretaría de Salud. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud.- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

SOBERÓN-ACEVEDO, G.; MARTÍNEZ-NARVÁEZ, G La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(5):371-378

STONER, JAF; FREEMAN, RE; GILBERT, DR Administración.- México: Pearson Educación, 1996. p. 292.

T

Tecnologías de información. México. Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional*. Seminario: Fuentes de Información en Salud. .- México D.F; Secretaría de Salud; 5 oct 1992.

Trimestre Económico XXXVIII, pags. 325-410

V

VARGAS MEDINA, E Dos aspectos clave en la Metodología del Diseño de Proyectos de Investigación: la Búsqueda de Información y la Congruencia Metodológica. Ponencia presentada en la Universidad La Salle Campus D.F, , disponible en:http://www.benavente.edu.mx/investigacion/mayoagosto06/conferencia2.htm [consultada el 28 de noviembre de 2006.]

VELAZQUEZ, G Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial? – En: Revista Panamericana de Salud Pública, Ene 1999 : 5(1), pp. 54-7.

W

WARNER, KE; LUCE BR Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: Principios, práctica y potencialidades.- México: Fondo de Cultura Económica, 1995. 214p.

WILLIAMS A; GIARDINA, E Efficiency in the public sector: The theory and practice of cost-benefict analysis.- London: Edward Elgar Pub, 1993. p.45