

881211

UNIVERSIDAD ANAHUAC

ESCUELA DE ECONOMIA

Con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México

1



**ECONOMIA Y SALUD PUBLICA:
ANALISIS Y PERSPECTIVAS**

184502

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ECONOMIA
P R E S E N T A

MARGARITA PEREIRA CID

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA ITURBIDE GALINDO

MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

A LA DRA. LAURA ITURBIDE GALINDO

A LA MTRA. EUNICE MEYER MURGUÍA

AL DR. RICARDO RODRÍGUEZ ARANA

A MIS MAESTROS

A LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Introducción	II
--------------	----

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD PÚBLICA

I.1 Antecedentes	2
I.2 Qué es la Seguridad Pública y los conceptos afines	11
I.3 Surgimiento de la Seguridad Pública en México	16
I.3.1 Instituto Mexicano del Seguro Social	18
I.4 Marco Conceptual de Seguridad Pública	21
I.4.1 La Salud Pública y su Legislación	26

CAPÍTULO II. POLÍTICAS ECONÓMICAS EN SALUD PÚBLICA

2.1 Fuentes de financiamiento para la Salud Pública	32
2.1.1 Unipartita	33
2.1.2 Bipartita	33
2.1.3 Tripartita	33
2.1.4 Otras fuentes de financiamiento	36
2.2 Política financiera del Sector Salud en el periodo 1988-1996	38
2.3 Financiamiento para la salud	55

CAPÍTULO III. PRESTACIONES QUE OTORGA LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

III. Prestaciones que otorga la Salud Pública en México	64
3.1 De las prestaciones contractuales	68
3.2 Prestaciones en dinero	69
3.3 Prestaciones en especie	72
3.3.1 Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	73
3.3.2 Servicios de hospitalización	73
3.3.3 Los aparatos de prótesis y ortopedia	73
3.4 Prestaciones médicas	74
3.5 Prestaciones sociales	75
3.5.1 Prestaciones sociales	75
3.5.2 Servicios de solidaridad social	78
3.5.3 Servicio de guarderías	83

CAPÍTULO IV. PERSPECTIVAS DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

IV. Perspectiva de la Salud Pública en México	86
4.1 Evolución de la Salud Pública	93
4.2 La transición liberal y la Salud Pública en México	95
4.2.1 El imperativo de la modernización y el peligro del rezago	97
4.2.2 El Índice de Desarrollo Humano	97
4.2.3 El nuevo modelo de desarrollo en México	104
4.2.3.1 Revalorizar la importancia de la Seguridad Social	105
4.2.3.2 La importancia de una reforma progresista y revolucionaria	106
4.3 La incorporación del gran capital privado en el Sector Salud	106
4.3.1 El IMSS en la etapa de transición económica	112

ÍNDICE

4.4 Análisis de la situación actual de la Salud Pública en México	116
4.4.1 Los contenidos de la reforma sanitaria	117
4.4.2 Evaluación de resultados	128
4.4.2.1 Equidad	128
4.4.2.2 Eficiencia	131
4.5 Perspectiva financiera en la Salud Pública mexicana	132
4.6 Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo	137

CONCLUSIONES

Conclusiones	141
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía	150
--------------	-----

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO (MILLONES DE PESOS)	41
CUADRO 2. PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO (MILES DE MILLONES DE PESOS DE 1993)	44
CUADRO 3. GASTO EN DESARROLLO SOCIAL (MILES DE MILLONES DE PESOS)	47
CUADRO 4. PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO (MILES DE MILLONES DE PESOS)	48
CUADRO 5. GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (MILES DE MILLONES DE PESOS)	49
CUADRO 6. IMSS, ESTADOS CONSOLIDADOS DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996 (MILES DE PESOS DE 1993)	53
CUADRO 7. IMSS, ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996 SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO (MILES DE PESOS DE 1993)	57
CUADRO 8. IMSS, ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD (MILES DE PESOS DE 1993)	57
CUADRO 9. IMSS, ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996 (MILES DE PESOS DE 1993)	58

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 10. IMSS, ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996 SEGURO DE GUARDERÍAS (MILES DE PESOS DE 1993)	58
CUADRO 11. ESTRUCTURA DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO PARA 1993	67
CUADRO 12. POBLACIÓN AMPARADA POR EL IMSS	91
CUADRO 13. PORCENTAJES DE APLICACIÓN A LA PERCEPCIÓN BASE DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DE LAS CUOTAS BIMESTRALES	134
CUADRO 14. MONTO DE LAS CUOTAS POR RAMO DE SEGURO Y POR CADA UNO DE LOS SECTORES SEGÚN PORCENTAJE DE LOS SALARIOS EN 1996	135

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. GASTO DEL SECTOR PÚBLICO Y DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN PROPORCIÓN DEL PIB	43
GRÁFICA 2. GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)	46
GRÁFICA 3. GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (COMPORTAMIENTO REAL)	51
GRÁFICA 4. CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD QUE NO PRODUJERON SUBSIDIO	62

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La elección del tema del presente trabajo, la Salud Pública en México, obedece a la concepción de la salud misma de una manera amplia, tal y como actualmente se considera: como el bienestar integral de la persona, siendo éste, o por lo menos debiendo ser, el fin último de la política económica.

La vocación humanista y social del economista lo obliga a dar una atención prioritaria a todos los elementos relacionados con la salud; sin embargo, su interés va mucho más allá de afanes puramente filantrópicos o de su propia e inexcusable búsqueda del ejercicio ético de su profesión. La promoción de la salud y la implantación de políticas económicas dirigidas hacia ella, constituyen una auténtica necesidad en la actualidad más que en cualquier otra etapa histórica, debido a las muy especiales condiciones que la globalización económica está exigiendo en todos los órdenes. El capital humano no está desligado de los mecanismos de mercado, por el contrario, el hombre en su papel productivo -que si bien nunca debe ser considerado como el único, sí es el de mayor interés para el presente análisis- necesita lograr un nivel de salud cada vez superior para poder competir con mayores ventajas en el mercado laboral y, sobre todo, superarse y con él toda la sociedad.

El objetivo de este trabajo es presentar un panorama general del Sistema de Salud en México, que contemple tanto el contexto histórico en el que surgió como una necesidad social, como el marco jurídico en

que se insertan las políticas económicas que se han seguido en este ámbito y definir, una vez hecho lo anterior, el concepto de Seguridad Social; así como su desarrollo y evaluar sus resultados para, por último, proponer nuevas vías o, más bien, ampliar las ya existentes.

Se considera que gran parte de los problemas que enfrenta el sector obedecen a una concepción equivocada del problema en sí, a una desafortunada confusión, tomando como más importante la curación y no la prevención de la enfermedad, por un lado y, por otro, la percepción de que el Estado tiene un papel efectivo y definitivo en la procuración de la salud y en la creación de las condiciones para lograr un verdadero desarrollo humano, así como en la necesidad de la interacción de todos los sectores de la sociedad.

Para llevar a cabo el presente análisis, se le ha dividido en cuatro capítulos, además de un apartado dedicado a las conclusiones:

En el primer capítulo dedicado a los antecedentes históricos de la Salud Pública, se hace un repaso de las condiciones históricas que motivaron la fundación, tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social, como del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y del marco jurídico en el que el sistema de Seguridad Social mexicano se inscribe. Dentro del mismo apartado, se define qué es lo que se entiende por Seguridad Pública y los conceptos más importantes que actúan a su alrededor. La importancia de este capítulo obedece a la necesidad de situar, tanto espacial como socialmente, al esquema de Salud Pública en México.

El capítulo II está dedicado a la revisión de las políticas económicas que se han aplicado en Salud Pública, dándole una especial importancia a sus fuentes de financiamiento, tanto en lo que se refiere a los sectores de la población como proveedores de los servicios de salud, como a los fondos a los que se recurre para ello. Merece una especial atención en este apartado el señalamiento de la proporción del gasto público que se ha destinado tradicionalmente a la Salud Pública, así como señalar el porcentaje del ingreso total del país, medido como Producto Interno Bruto, que se ha canalizado a satisfacer las demandas de bienestar de la población. De trascendental relevancia resulta también, el definir qué sectores de la población se benefician de la Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) y distinguirlos de la llamada población abierta, que no está amparada por ninguna de las dos instituciones y que, en años recientes, ha sido integrada a programas especiales de atención, como COPLAMAR o Solidaridad. Dentro de este escenario, se infieren los retos que el Sistema de Salud enfrenta al señalarse los cambios en las circunstancias nacionales e internacionales, tanto sociales como políticas y económicas.

El tercer capítulo está dirigido a señalar las prestaciones que, por ley, se otorgan en México en materia de Salud Pública. Se hace la división de dichas prestaciones en cuanto al rubro que cubren, aparte de ubicarlas según la proporción en cuanto al salario que se destina a cada una, así como su representatividad dentro de las cuotas patronales y la propia aportación del Estado, distinguiéndolas también en lo que se refiere al modo concreto de canalizarlas hacia la población. Asimismo, se elabora un recuento de los servicios que otorga la Solidaridad Social.

En el cuarto capítulo, Perspectivas de la Salud Pública en México, se analizan de manera general las circunstancias económicas que han provocado la situación actual de la Salud Pública en México. Posteriormente, se muestra la evolución de la Salud Pública como concepto, lo que deriva también en nuevas maneras de diagnosticar y, por ende, enfrentar sus problemas. Como parte importante de lo anterior, se describen los nuevos elementos que han introducido el fenómeno de la globalización y, aparejados con él, la transición liberal en materia económica que ha experimentado México en décadas recientes, señalando que representa un cambio profundo, no sólo en materia económica sino antropológica y social, lo que incide directamente en la visualización de la salud. Como apoyo a lo anterior, se presentan los resultados más significativos del Informe de Desarrollo Humano 1998, que arrojan elementos importantes de análisis que complementan lo antes señalado. Como resultado final, se propone una revalorización de la Seguridad Social y un replanteamiento de la reforma sanitaria, que incluya elementos que vayan más allá de los aspectos meramente económicos, a un redescubrimiento del ser humano en su dimensión más integral y plena. Con el objeto de completar el análisis, se revisan los contenidos de los programas sectoriales de atención a la salud y se evalúan sus resultados con base en la equidad y la eficiencia. A modo de conclusión de este capítulo se presentan las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, como una guía general para llevar a cabo las reformas antes propuestas.

En las conclusiones de este trabajo, se hace un recuento de los lineamientos generales a los que el análisis ha conducido. Se hace énfasis en la necesidad de una reorientación conceptual que reúna a la

filosofía con la economía, en un enfoque personalista que ponga el acento en la promoción de la salud, considerándose esto inaplazable dados los cambios culturales, sociológicos y económicos por los que México, y el mundo en general, atraviesan en este momento histórico, partiendo esta conclusión tanto de la misma naturaleza del hombre como de la máxima, siempre vigente de “prevenir es mejor que curar”.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD PÚBLICA

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD PÚBLICA

I.1. Antecedentes.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, por primera vez en el devenir histórico-constitucional del país, incorporó en su articulado preceptos de carácter social, tendientes a brindar tutela, protección y auxilio a las clases sociales económicamente débiles, a los trabajadores y campesinos, así como atención a la familia, infantes y jóvenes. Debe señalarse que ya existían antecedentes en materia de salud en el Decreto Constitucional de Apatzingán de 1814.

En 1917, la Carta Magna contenía disposiciones para regular las relaciones entre el capital y trabajo, establecer los derechos mínimos, la circunscripción territorial, horario, condiciones de trabajo para mujeres y menores de edad, maternidad, lactancia, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, higiene, salubridad, prevención de accidentes, irrenunciabilidad de derechos y organización de cajas de seguros populares.

En 1929, la Ley fundamental consideró de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, lo que motivó que en ese mismo año se formulara una iniciativa de ley para obligar a patrones y obreros a constituir un fondo de beneficio de los trabajadores, situación que no llegó a realizarse.

El Congreso de la Unión expidió en 1932, un decreto que otorgaba facultades extraordinarias para que en un plazo de ocho meses se expidiera la Ley del Seguro Social obligatorio. Este decreto no llegó a cumplirse por el precipitado cambio de gobierno que se llevó a cabo en ese año.

El cumplimiento al mandato constitucional se dio hasta el año del acuerdo presidencial, el 2 de junio de 1941, donde el Presidente de la República se refirió al establecimiento del seguro social.¹

Fue así como en 1943, superado ya el período de ajuste posrevolucionario y en medio de los drásticos cambios económicos generados por la Segunda Guerra Mundial, entró en vigor la primera Ley del Seguro Social, de acuerdo a la fracción XXIX del Artículo 123 constitucional² y se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, como un organismo descentralizado, autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de la organización y administración de la seguridad social.

Esta organización quedó a cargo de una Asamblea General, autoridad suprema, compuesta por diez representantes de cada uno de los sectores (Ejecutivo Federal, Organizaciones patronales y Organizaciones obreras); un Consejo Técnico, representante legal y administrador del Instituto, integrado por seis miembros, dos por cada sector; la Comisión de Vigilancia, cuyos tres componentes serán nombrados por la Asamblea General, a proposición de cada uno de los grupos que la formaban; un Director General, autoridad ejecutiva, único designado por el Presidente de la República Mexicana.

¹ C.f., **Exposición de motivos y Ley del Seguro Social, Reglamento y Decreto Presidencial**; México 1943.

La Ley del Seguro Social protegió en sus inicios los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte.³

Por lo tanto, la institución del Seguro Social fomenta el bienestar económico y garantiza la protección al trabajador y a su familia, para contribuir a la estabilidad de las energías humanas a que aspira el sector industrial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social empezó a ofrecer sus servicios a partir de 1944, y para ello, fue necesario el cobro de las cuotas a obreros y patrones.⁴

Al cobro de las cuotas no sólo se opusieron los patrones, quienes alegaron la incapacidad legal del Seguro Social para efectuarlo, sino también líderes obreros desplazados, quienes manipularon a los obreros que no comprendieron de primera intención los beneficios que el sistema de seguridad social podía traerles en el futuro.

Por tal razón y para acabar con la oposición patronal, el Presidente hizo reformar la Ley del Seguro Social en noviembre de 1944, para dar carácter fiscal a las cuotas y facultar a las autoridades hacendarías para cobrarlas.

Para 1949, el Instituto Mexicano del Seguro Social afrontaba un serio desequilibrio financiero en el ramo de enfermedades generales y maternidad, debido a que desde el inicio del sistema, se habían

² C.f., **La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**; México 1993.

³ C.f., **Ley del Seguro Social 1943; Cap.I. Disposiciones Generales.- Artículo 2**; México 1943.

⁴ C.f., **Memoria Institucional 1945. del Instituto Mexicano del Seguro Social.**; México 1945.

otorgado prestaciones a los familiares de los asegurados, cuando los cálculos actuariales habían advertido la conveniencia de retardarlas por varios años.

Ante tal situación y con miras a estabilizarla, fue necesario el incremento de cuotas ofreciendo la ventaja de aumentar las prestaciones y mejorar los servicios.

También se estimó que la Ley no sólo rigiera fenómenos de carácter laboral, sino además otros hechos sociológicos, con la idea de proteger uno de los más valiosos bienes de la nación: la capacidad de trabajo de los mexicanos.

Por su parte en 1956, la Ley Federal del Trabajo concedió a los beneficiarios el derecho a exigir el pago de las prestaciones pendientes de cubrirse al trabajador fallecido. Además, modificó y amplió la Tabla de Enfermedades Profesionales, algunas clasificaciones y la mayoría de los porcentajes de la tabla de valuación de incapacidades.

En ese mismo año, en vista de los resultados financieros de los últimos cuatro ejercicios del Instituto, la Ley del Seguro Social se reformó con mejoras en las prestaciones, sin aumento de cuotas.

Igualmente, las actividades de previsión social y tendientes a la prevención de estados de invalidez ampliaron su concepto a campos no sólo médicos sino también sociales o culturales, con ayuda del Reglamento de los Servicios de Habilitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social, expedido el 27 de julio de 1956.

Como garantía para los patrones, obligados a proporcionar todos los datos que les pedía el Instituto Mexicano del Seguro Social, se les dio el carácter de confidenciales, con la aplicación de sanciones penales a quienes los revelaran en mora o no hubieran cumplido con dar los avisos señalados en la Ley.

El Instituto Mexicano del Seguro Social amplió a seis años el encargo de los Consejeros para aprovechar sus conocimientos y experiencia⁵ ; el sistema de inversión de las reservas del Instituto se modificó para adecuarlos a una sana política financiera con las tres características de toda inversión de instituciones de seguridad social, que son: solidez, rentabilidad e interés social.⁶

El Instituto incluyó la disposición de que las entidades gozaran de exención de impuestos, derechos, y en general de contribuciones, que tenían que dar cumplimiento a todas las obligaciones de la Ley de Seguro Social, la eficacia de sus servicios, y también estaban calculados en el aspecto financiero.

Fue en 1959 cuando se extendió el régimen a los ejidatarios, pequeños agricultores, aparceros y medieros en el medio rural; y a los artesanos, pequeños comerciantes y profesionistas libres en el medio urbano, dentro del programa seguido por el gobierno en beneficio de las grandes mayorías nacionales, así como la reestructuración del seguro en el campo.

En 1965, se reformó la Ley del Seguro Social, en virtud de que la población rural de la República Mexicana, trabajadores y sus familias-

⁵ C.f., **Exposición de Motivos**, contenidas en el Diario Oficial del 31 de diciembre de 1956; Ley del Seguro Social de 1960.

⁶ C.f., **Artículo 128 de la Ley del Seguro Social**, México 1966.

que en grado tan importante habían contribuido a la transformación social, política y económica del país- se encontraban en condiciones desfavorables en relación al nivel alcanzado para otros sectores sociales y el Gobierno consideró indispensable, además de continuar la reforma agraria, extender el régimen en favor de los campesinos que aún carecían de ese beneficio.⁷

Fue hasta el año de 1967, cuando se publicó el Reglamento de Seguridad en los trabajos de minas.

En 1970 se abrogó la Ley Federal de Trabajo del 18 de agosto de 1931, y entró en vigor la nueva Ley que a la fecha rige al país, la cual reorganizó la ley abrogada y adicionó la cobertura de los siguientes riesgos:⁸

- El trabajo de las tripulaciones aeronáuticas, de maniobras de servicio público en zona bajo jurisdicción federal, de autotransportes, en hoteles, restaurantes, bares, y deportistas profesionales.
- Reguló la prevención de accidentes y obligaba a fijar avisos en lugar visible y difundir los reglamentos de higiene y seguridad.
- Estableció el certificado médico que acreditara la aptitud para el trabajo de los menores, así como exámenes periódicos, también debían someterse a ellos los tripulantes, trabajadores y deportistas profesionales.

⁷ C.f., **Artículo 8 de la Ley del Seguro Social de 1965; Exposición de Motivos de las Reformas a la Ley del Seguro Social**; publicadas en el Diario Oficial del 31 diciembre 1965.

⁸ C.f., **Ley Federal del Trabajo de 1970; Reforma Procesal de 1980**; Editorial Porrúa, México, 1970.

- Señaló que los servicios de guarderías debían prestarse por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Reguló la creación de un fondo de pensiones de jubilación o invalidez que no fuera consecuencia de un riesgo de trabajo, el cual sería manejado por el propio Instituto o por una Institución bancaria para proteger a los trabajadores de maniobras de servicios públicos en zonas bajo jurisdicción federal.
- Incluyó como accidentes de trabajo los que suceden "en tránsito", amplió los derechos de los trabajadores que sufrían un riesgo de trabajo.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social modificó la tabla de Enfermedades de Trabajo y Valuación de Incapacidades, aumentando los porcentajes.

En diciembre de 1970, realizado ya el cambio de sexenio, desde la perspectiva neopopulista del presidente en turno (Lic. Luis Echeverría), en la que el Estado pretendía utilizar a fondo su papel como agente redistribuidor de la riqueza, se preveía que las demandas manifestadas por distintos sectores y el ajuste de los mecanismos adecuados para universalizar los beneficios del Seguro Social, requerían la completa reestructuración de la Ley.

Pero al no darse las condiciones económicas que la permitieran, se emprendieron reformas indispensables para fortalecer la acción del Instituto Mexicano del Seguro Social, tendientes a atender necesidades inaplazables y eliminar o modificar figuras jurídicas que no concordaban con las de la Ley Federal del Trabajo, puesta en vigor el día 1o. de mayo del referido año.

La Ley autorizó al Instituto para concesionar la prestación del servicio público que tenía encomendado, no sólo a particulares sino también a organismos públicos, a fin de otorgar las prestaciones a los campesinos y a otros sectores.

Las sucesivas reformas que se habían hecho a la Ley tenían el objetivo de avanzar hacia una Seguridad Social que fuera integral, en el doble sentido de mejorar la protección al núcleo de trabajadores asegurados y de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo, ya que en esa fecha sólo comprendía a una cuarta parte de la población del país.

El Seguro Social era visto como un medio idóneo para proteger la vida y la dignidad del trabajador y, simultáneamente, como una manera de elevar su salario, pues durante los últimos años, el país había tenido un alto crecimiento económico, pero con una inequitativa distribución del producto nacional.

La Seguridad Pública precisaba ampliarse y consolidarse, no sólo por el mandato de proporcionar bienestar a la comunidad, sino como exigencia económica, ya que la redistribución de la riqueza que promovía, no frenaba el crecimiento, sino por el contrario, lo impulsaba de manera real y sostenida.

La nueva Ley del Seguro Social mejoraba las prestaciones existentes e introducía otras, además, en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo se creó un nuevo ramo de seguro, el de Guarderías, en beneficio de las madres trabajadoras, con cargo a los patrones, tuvieran éstos o no, mujeres empleadas.

Previo a la celebración en México del Año Internacional de la Mujer en 1974, la Carta Magna sufrió grandes modificaciones, excluyendo la prohibición a las mujeres para realizar trabajos nocturnos, labores insalubres y/o peligrosas.

Igualmente, la Ley Federal del Trabajo elevó la protección de la maternidad de tres meses a todo el período de gestación, y aumentó los períodos obligatorios de descanso a seis semanas antes y seis semanas después del parto.

También, la Ley Federal del Trabajo estableció el concepto de seguridad en el trabajo para garantizar la salud y la vida de los trabajadores y, en forma particular, al producto de la concepción, señalando las sanciones procedentes según el caso.

En 1978, fue creada la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, así como las Estatales, y se publicó el nuevo Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

En 1979, el Seguro Social como instrumento básico de la Seguridad Pública, no podía permanecer ajeno a la realidad económica imperante, ya que desvirtuaría sus objetivos esenciales, y por ello, debía preocuparse por mejorar las prestaciones y servicios que le correspondía proporcionar con cargo a sus recursos.

1.2. Qué es la seguridad pública y los conceptos afines.

El objetivo de este inciso es definir qué es la seguridad pública y sus conceptos afines.

Es conveniente hacer la aclaración de algunos conceptos que presentan significados similares tales como: Derecho Social, Previsión Social, Solidaridad Social, Seguro Social y Seguridad Pública.

Hablar del concepto de Derecho Social no es hacer referencia al contenido social del derecho, ya que esta ciencia sólo puede existir rigiendo la conducta de los hombres que conviven en sociedad; el concepto del Derecho Social tiene un sentido más restringido, surge como consecuencia de los movimientos sociales que fueron la reacción natural en contra del liberalismo individualista que predominó en los principales Estados durante los siglos XVIII y XIX.

Los abusos de quienes poseían la riqueza originada y acrecentada por la miseria de las masas proletarias, marginadas éstas de cualquier desarrollo económico y social (ya que sólo contaban con su fuerza de trabajo como único patrimonio), ocasionaron los movimientos revolucionarios que culminaron con diversas declaraciones de derechos sociales.

La necesidad de corregir los desajustes en el trato de los hombres ante la Ley hizo surgir el Derecho Social, complementando al derecho civil tradicional, superando el concepto de la igualdad del hombre dentro del derecho y estableciendo la protección del desvalido frente a la Ley, creando, aunque parezca un contrasentido, el trato desigual que se requiere para obtener la protección de aquellos valores

humanos que contribuyen el patrimonio personal de las clases sociales marginadas.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, ya proclama una legítima declaración de los derechos sociales, al postular que el derecho de propiedad ya no es el clásico *Jus abutendi* (derecho del propietario de un bien a disponer plenamente de él), sino un derecho con severas limitaciones de carácter social; precisa el origen y función social de la propiedad y crea una protección de las clases desvalidas, sin cancelar el tradicional derecho de propiedad individual; al contrario, establece sus limitaciones en beneficio de las clases proletaria y campesina.

Dentro de la declaración de derechos sociales también se incluye la protección de aquellos bienes que afirman la dignidad, capacidad y posibilidad del trabajo del hombre; así se protege y precisa, a través de la regulación de las relaciones obrero-patronales, el alcance de los derechos del trabajador y como bienes valiosos los derechos a la seguridad social, cuando establece que son de interés público los seguros tradicionales de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines similares.

Dentro de esta filosofía social, también se encuentra como norma de equidad que, en derecho social, deben existir los sistemas y los medios reguladores de la empresa y de la riqueza en general para humanizar las relaciones entre quienes poseen los bienes de capital y aquéllos que colaboran con su trabajo al desarrollo económico, a fin de que tanto la empresa como la riqueza tengan el sentido social indispensable en el armónico y funcional desenvolvimiento de las naciones.

Estos prefacios afirman a la previsión social como un conjunto de principios, normas e instituciones que buscan la satisfacción de la necesidad, no sólo de los trabajadores considerados individualmente, sino también de las comunidades obreras, y más aún de aquellas que únicamente cuentan con su fuerza de trabajo como patrimonio personal y familiar.⁹

Posteriormente, el Estado perfecciona esta filosofía, al organizar la estructura jurídica y administrativa de lo que hoy se conoce como seguridad social, ahora es cuando se abandona la vieja idea individualista de la sociedad, y se postula la tesis de que ésta no es creación artificial de los hombres, en la que cada quien persigue, sin consideración a los demás, su exclusivo interés, sino un organismo natural en que la cooperación y la ayuda, plenos del más depurado humanismo, son las normas primordiales.

La solidaridad social impone a la comunidad la obligación de procurar el bienestar de todos sus miembros como el único camino para el fortalecimiento y el progreso de la sociedad, y por ello, podemos describirla diciendo que representa todo esfuerzo colectivo tendiente al mejoramiento social, económico y, en especial, de los marginados y de los grupos más desprotegidos, se distingue de la previsión social, de la seguridad social y del seguro social porque éstos constituyen por sí mismos derechos a favor de la clase trabajadora, al grado que podría decirse que representan verdaderas contraprestaciones otorgadas a quienes entregan su fuerza de trabajo, en tanto que la solidaridad social tiene su fundamento y justificación en

⁹ C.f. William Beveridge; *Las Bases de la Seguridad Social*, Ed. FCE, México 1987, pág. 142.

la nueva filosofía de la sociedad contraria a toda idea individualista, según se expresó anteriormente.

De esta manera se manifiesta la salud pública cuando, de acuerdo con la planeación para el desarrollo, se procura dar prioridad a los programas de bienestar social que realiza el Estado, tales como los de alimentación, educación, salud y vivienda, con objeto de mejorar la situación de las comunidades o zonas deprimidas y marginadas.

Es oportuno aclarar el contenido de lo que se quiere expresar cuando se habla de seguro social y cuando se alude a la salud pública, determinando cuál es la substancia de estas expresiones.

El seguro social y los sistemas de salud pública son precisamente: sistemas, lo que es lo mismo, acciones reguladas con un objetivo y subordinadas a principios que las forman, que limitan y se proyectan hacia el porvenir.

Los sistemas de seguro social y los de salud pública tienen un objetivo y un valor filosófico; el objetivo propuesto es la protección de la sociedad, parcial o total.

Por otra parte, el concepto de seguridad pública, no obstante su forma clara y afirmativa, tiene un contenido que es negativo en sí mismo, puesto que está constituido en suma no por la salud pública, anhelo del hombre, remedio a su necesidad, derecho inalienable, sino como compensación al dramático estado en que se encuentra, por su inseguridad social.

Por lo tanto, los sistemas de salud pública tienen como característica fundamental propiciar cambios cualitativos en relación con el tiempo y la sociedad en que se instituyen.

La conciencia de la inseguridad social inquieta al ser humano, le obsesiona, le aflige, le hace infeliz y temeroso del futuro. La mayor desdicha es la que se deriva del miedo al porvenir.

A la salud pública se vincula la satisfacción de la necesidad permanente; las situaciones imprevistas, que son obstáculos para satisfacer normalmente a las necesidades permanentes, son materia y objetivo del seguro social.

Frecuentemente se ha tratado de conceptualizar al seguro social y a la salud pública, sin advertir que la finalidad general es la misma para las dos posiciones.

La salud pública considera lo necesario, la seguridad de todos los seres humanos, en beneficio de toda la humanidad y de todas las sociedades, cualquiera que sea el lugar en que se encuentren y el tiempo en que existan o hayan existido.

En cuanto al seguro social asume la obligación como función particular, no general, también por deber humano, pero precisado y particularizado como una función de estructura, de órgano especializado.

Concluyendo, podemos decir que la salud pública tiene como objetivo básico el satisfacer las necesidades, en tanto que el seguro social protege los riesgos a los que se encuentran expuestos los hombres de una sociedad.

I.3. Surgimiento de la Seguridad Pública en México

Se señala como punto de arranque el surgimiento de la seguridad pública en México a la Constitución de 1917, ya que previo a ella, sólo existen antecedentes remotos basados en las ideas de caridad y beneficencia.

Al presentar el proyecto de Reforma a la Constitución de 1857 ante el Congreso Constituyente en la ciudad de Querétaro, Don Venustiano Carranza hizo alusión por primera vez a la seguridad social, al manifestar:

"Con la responsabilidad de los empresarios para los casos de accidentes, con las mejoras para los casos de enfermedad y de vejez, las Instituciones Políticas del país responderán satisfactoriamente a las necesidades sociales; que los agentes del poder público sean los que deben ser: instrumentos de seguridad social".¹⁰

El proyecto del artículo sobre Trabajo y Prevención Social presentado constaba de veintiocho fracciones, entre las cuales la XXVII señalaba que:

"Se considera de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberá, fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular"¹¹

¹⁰ Cf., Briseño Ruiz, Alberto. Op. Cit., pág. 81

¹¹ C.f., **Exposición de Motivos y la Ley del Seguro Social**, México 1943.

Al establecer el Artículo 123, la facultad estatal de legislar en materia de trabajo, las legislaturas locales fueron paulatinamente expidiendo las leyes reglamentarias del precepto constitucional.

Estas leyes se caracterizaron por la variedad de criterios que las legislaturas locales aplicaron tanto en la forma como en el fondo.

Algunos estados expidieron varias leyes, cada una referida a distintos tipos de trabajadores; la mayoría copiaron el trabajo de las primeras legislaciones; y otras mantuvieron vigentes sus leyes preconstitucionales durante varios años después de que entró en vigor la Constitución.

Sin embargo, las figuras previstas en el Artículo 123 no progresaron, fundamentalmente por desconocimiento de sus alcances y de la factibilidad de su operación.

Alvaro Obregón intentó, siendo Presidente de la República, colmar el vacío que hasta entonces existía, al elaborar un proyecto de Ley del Seguro Social que dio a conocer el 9 de diciembre de 1921. En su proyecto, se cubrían los riesgos mediante indemnizaciones por accidentes de trabajo, jubilaciones, vejez y seguros de vida.

El general Alvaro Obregón estaba convencido de que debía federalizarse la legislación del trabajo y en consecuencia establecer un verdadero Seguro Social para los trabajadores, por lo que esto fue tema durante su campaña presidencial reeleccionista realizada de 1927 a 1928.

En el año de 1928, la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, formó una comisión encargada de redactar un capítulo de Seguros

Sociales que provisionalmente formaría parte del "Código Federal del Trabajo"; y en noviembre de 1928, la Secretaría de Gobernación sometió a la Convención Obrero-Patronal, una propuesta para establecer el Seguro Social que fue totalmente rechazada por el sector patronal, el cual se negaba a participar en el costo del mismo.

Sin embargo, estos dos aspectos significaron la separación del Derecho del Trabajo y del Derecho de la Seguridad Social, pues jamás se volvió a intentar regular al Seguro Social en el Código Laboral.

I.3.1. Instituto Mexicano del Seguro Social.

El proyecto de ley del General Alvaro Obregón quedó en el olvido hasta el 26 de julio de 1929, cuando la Cámara de Senadores recibió del Ejecutivo Federal una iniciativa de reforma al Artículo 123 Constitucional y a la fracción X, del 73. La iniciativa abrió la puerta para el establecimiento del Seguro Social en México.

Después del proceso legislativo del Constituyente Permanente, las Cámaras declararon reformados dichos artículos, quedando la fracción XXIX en los términos siguientes:

"XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos".¹²

Al General Manuel Ávila Camacho es a quien corresponde el mérito de lograr la implantación del Seguro Social en México.

¹² Cf., Briseño Ruiz, Alberto. *Op. Cit.*, pág. 90.

El 31 de diciembre de 1942, quedó aprobada la Ley del Seguro Social, misma que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943.

La Ley establecía el Seguro Social Obligatorio, el cual se financiaría con la aportación a un fondo común (Seguro Social), de cuotas integradas con aportaciones de los patrones, trabajadores y del gobierno (tripartita).

Para la organización y administración del Seguro Social se creó un organismo descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyos órganos estarían formados tripartitamente, con representantes de los tres sectores aportantes.

El ordenamiento de 1942 respondía a las necesidades de un México muy distinto. Por ello, el Ejecutivo Federal, envió al Congreso de la Unión una iniciativa de reforma a la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional, que preveía aprobación del Constituyente Permanente, al tenor que a continuación se cita.

"XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares".¹³

Con base en este antecedente, el Presidente de la República, el licenciado Luis Echeverría Álvarez, envió a la Cámara de Diputados

¹³ Cf., **Exposición de Motivos**. Op. Cit., México 1943, pág. 16.

una iniciativa que presentaba una completa reestructuración a la Ley del Seguro Social.

“El objetivo principal de la iniciativa fue la búsqueda de una Seguridad Social Integral, y con la finalidad de mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo...” y “que llegue a abarcar a toda la población, inclusive a los grupos marginados, sumamente urgidos de protección frente a los riesgos vitales”.¹⁴

El 22 de febrero de 1973, se aprobó por las Cámaras del Congreso de la Unión, la Ley del Seguro Social que se publicó por Decreto del Poder Ejecutivo en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 1973.

Para dar cumplimiento al objetivo, planteado con la nueva ley, de caminar hacia una seguridad social integral, se introdujo un mecanismo totalmente novedoso para beneficiar núcleos de población que por la situación del país constituyen polos de profunda marginación y que no tienen capacidad contributiva alguna.

La Solidaridad Social proporciona a estos grupos servicios médicos y sociales, financiados por el Gobierno Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social y los propios beneficiados (quienes pueden aportar en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para sus propias comunidades).

El Seguro Social surgió históricamente por la creciente presión que la clase trabajadora ejerce sobre el Estado, obligándolo a efectuar concesiones que la beneficien, así como por facilidad que los

asalariados tienen para asociarse y propugnar para la obtención de mejores niveles de vida, situación que no hacen los otros sectores de la población.

Por esas razones, el Seguro Social originalmente sólo comprende a quienes trabajan por cuenta de otro y también por eso, se inicia como rama del Derecho del Trabajo.¹⁵

Sin embargo, esta nueva dimensión del orden jurídico ni se mantiene limitada a ocupar únicamente a los trabajadores asalariados, ni tampoco permanece como parte del derecho del trabajo, sino que tiende a proteger a todos los económicamente débiles sin distinción y a constituirse en una rama jurídica autónoma.

I.4. Marco Conceptual de Seguridad Pública

Los severos trastornos registrados en la economía de los países, determinados por situaciones internas o externas de diversa índole, repercuten en la seguridad social.

Estos trastornos se manifiestan en forma de fenómenos cuya incidencia debe estudiarse y seguirse en todos los elementos accesibles, a efecto de moderar o diferir las consecuencias que pudieran en algún momento afectar, no sólo a la población protegida por los distintos regímenes de seguros sociales vigentes en esos países, sino a los diferentes soportes financieros de las instituciones de la seguridad social.

¹⁴ Cf., **Exposición de Motivos. Op. Cit.**, México 1973, pág. 19.

¹⁵ C.f., **Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social 1973**, México 1975, pág. 19.

El desempleo y el congelamiento de los salarios, reducen los ingresos por concepto de cotizaciones en los seguros sociales de tipo contributivo y aumentan las erogaciones durante los períodos de conservación de derechos, y aún cuando se produzcan pensiones iniciales bajas, las cuantías son posteriormente aumentadas cuando se ajustan los mínimos o se revalorizan sus importes, lo cual ocurre en casi todos los países.

Además, en épocas de crisis, los asegurados de altos niveles de ingreso que antes no recurrían a los servicios médicos institucionales se convierten en demandantes de las especialidades más costosas.

Se debe tener presente que tanto las contribuciones de los trabajadores como, en gran parte, las de los patrones o empleadores que las realizan en nombre de su personal son salarios diferidos, y así el consumo actual se reduce con objeto de que el consumo futuro pueda aumentarse en momentos de mayor necesidad.

Este salario diferido tiene la enorme desventaja de que en los momentos en que se descuentan las cuotas, se refieren a salarios actuales y a montos inferiores de lo que pueda representar el gasto que se erogue con motivo de los estados de necesidad que se presenten en el futuro.

También, la seguridad social se describe a veces como un estabilizador económico que forma parte de la estructura social misma de un país, ya que en períodos de crisis absorbe las demandas de los

asegurados que pierden el empleo o ven disminuir sus ingresos y se recupera en épocas de bonanza.¹⁶

En los regímenes contributivos se produce una transferencia sustancial del rico al pobre, con mayor intensidad en los países en donde es más apreciable esta lamentable diferencia. Los grupos de ingresos más bajos deben pagar menores cotizaciones y, en cambio, recibir los mismos beneficios en las prestaciones en especie y en las pensiones mínimas.

No se debe olvidar que en los regímenes jurídicos de diversas instituciones de seguridad social se establecen disposiciones que comprenden prestaciones y servicios tendientes a la redistribución del ingreso señalada, especialmente dirigidas a las clases más marginadas de las áreas rural, urbana y suburbana y que los propios gobiernos deben de determinar como sujetos de la solidaridad social.

Las situaciones de crisis, como la que actualmente vive el mundo, repercuten sensiblemente en las instituciones de seguridad social, por lo que la planeación financiera debe estar presente en sus programas y presupuestos a fin de que los recursos escasos que se obtienen en tales situaciones tengan el mayor aprovechamiento no sólo para conservar, sino para incrementar la expansión y extensión de los beneficios de la seguridad social a un mayor número de personas que por razones de la propia crisis, se convierten en necesitados de tales beneficios.

En el marco de la política social es necesario dar una atención especial a los siguientes objetivos:

¹⁶ C.f., Narro Robles, José. **La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI**, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1993, pág. 16.

- Elevar la generación de empleos, así como proteger y mejorar gradualmente el poder adquisitivo del salario; y
- Combatir la marginación y la pobreza, avanzando en particular en la satisfacción directa de las necesidades básicas de la población.

El mejoramiento en el medio ambiente salud (aspecto fundamental de la salud pública), no se da necesariamente como resultado automático del crecimiento económico, sino que es preciso adoptar los medios que hagan gradualmente posible la prestación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad deseados.

En una sociedad que tiene como principio la justicia social, la protección a la salud constituye un derecho social.

Además de los esfuerzos desarrollados para disminuir los riesgos y los daños que afectan a la salud de la población, es conveniente una entidad rectora que coordine las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las que realicen los sectores privado y social.

El derecho social a la protección de la salud tendría los siguientes objetivos, que a saber son:

- Tender hacia la cobertura total de los servicios de salud en cada país, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos sus habitantes.
- Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables.

- Contribuir dentro de las disposiciones y normas soberanas de cada país a un crecimiento demográfico concordante con su desarrollo económico y social.
- Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente de los menores, ancianos y minusválidos.

Es necesario destacar que la salud es una resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales.

En este contexto, en la medida que la población disponga de empleo, de una dieta alimenticia equilibrada, de una vivienda higiénica, de servicios de agua potable y drenaje, de un hábitat salubre, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte prematura.

Por lo tanto, el mejoramiento sustancial del nivel de salud y el aumento de la esperanza de vida dependerán de que sean complementarias y estén debidamente articuladas las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población.

I.4.1. La Salud Pública y su Legislación

Los lineamientos fundamentales que establece la legislación vigente sobre la salud pueden resumirse como sigue:¹⁷

- ⇒ La salud rebasa el limitado radio de la atención médica y no es exclusiva responsabilidad del Estado;
- ⇒ Los servicios de salud que proporciona el sector público deben tener una calidad mínima común;
- ⇒ La atención primaria a la salud (estrategia universalmente reconocida), debe asegurarse a través del acceso real a servicios básicos de salud;
- ⇒ Subsisten sistemas institucionales de salud que previenen distintos preceptos legales, pero con fines de eficiencia pugnan por integrarse en un sistema nacional de salud;
- ⇒ Tienden a descentralizar la materia de salubridad general; y
- ⇒ En sistemas de economía mixta, subsiste la medicina privada, pero subordinada al interés público y, por ello, sujeta a la regulación del Estado.

En lo general, la legislación vigente en salud cataloga las grandes finalidades del derecho a:

- ⇒ La protección de la salud;
- ⇒ El bienestar físico y mental del hombre;

¹⁷ C.f., **Ley General de Salud**; Publicada en el Diario Oficial el 15 de enero de 1987.

- ⇒ La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- ⇒ La protección y el acrecentamiento de los valores que contribuyan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud;
- ⇒ La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población ante la salud;
- ⇒ El disfrute de servicios de salud y su adecuado aprovechamiento, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación para la salud.

De ese catálogo de finalidades, se desprende que la salud es un proceso físico, psicológico y social en el que concurren como responsables el Estado que no puede cuidar y mejorar la salud del hombre sin el concurso de la colectividad, ésta tampoco puede suplantar al interesado.

Por ello, el proceso de la salud es en esencia un proceso democrático, puesto que requiere de la activa participación de la comunidad y de los propios individuos dentro de un esquema de autocuidado y de solidaridad social.

Para la consecución de esas finalidades, el inventario de los ámbitos de la salubridad general, normalmente son agrupados por la legislación vigente en tres grandes apartados, que son: atención médica, salud pública y asistencia social, mismos que son asignados para su operación descentralizada en los siguientes tres tipos de responsabilidad:

- ◆ La salubridad general de carácter nacional (por ejemplo: el registro sanitario de bienes industrializados o la fijación de las normas técnicas a las que se sujetarán los servicios de salud);
- ◆ La salubridad general reservada a las entidades nacionales pero sujeta a las normas técnicas nacionales (por ejemplo: la atención médica o el control sanitario de bienes y servicios); y
- ◆ La salubridad local, que se regirá por leyes locales o bandos y ordenanzas municipales. Por ejemplo: el control sanitario de la prostitución y el alejamiento de desechos de la vía pública.

De acuerdo con lo anterior, un Sistema Nacional de Salud puede concebirse como el conjunto de dependencias y entidades públicas nacionales y locales; de personas físicas y morales privadas y sociales que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones tendientes a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Los objetivos del Sistema Nacional de Salud son:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad;
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- Colaborar al bienestar social mediante servicios de asistencia social;
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad;
- Mejorar las condiciones sanitarias del medio;

- Impulsar un sistema racional de recursos humanos para la salud y contribuir a la modificación de los patrones culturales relacionados con la salud.

La atención médica es otorgada mediante un proceso escalonado que incluye además de medidas preventivas, derivadas del diagnóstico, las terapéuticas y las de rehabilitación en tres niveles de atención (primero, segundo y tercero), que permiten que cada habitante acceda a la unidad médica adecuada para recibir la atención que requiere.

Esta organización de los servicios médicos por niveles busca acercar los medios y los instrumentos de la medicina actual a los grandes sectores de la población, mediante acciones coordinadas por una estructura administrativa y operando bajo una interacción económica, política, social y de asistencia y seguridad social a través de instituciones comprendidas en tres subsistemas que abarcan: La Medicina de Asistencia, La Medicina de la Seguridad Social y La Medicina Privada.

La legislación sobre salud tiende en lo general a combatir las desigualdades que, en lo que se refiere a cobertura y calidad de los servicios, se aprecian entre los diferentes sistemas institucionales de salud (sobre todo entre los de seguridad social y los que se prestan en esquemas asistenciales o de solidaridad social).

Con tal objetivo, se dedica el compromiso (esencialmente programático) de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar su calidad en beneficio, preferentemente de los grupos vulnerables y se

señalan los servicios básicos a los que toda persona deberá tener acceso, como son:¹⁸

- Educación para la salud;
- Prevención y control de enfermedades transmisibles y de las no transmisibles más frecuentes;
- Atención médica y materno-infantil;
- Planificación familiar;
- Salud mental;
- Disponibilidad de medicamentos esenciales;
- Promoción nutricional y asistencia social.

En el Sistema Nacional de Salud los sistemas institucionales prestan servicios de salud conforme a sus respectivos regímenes legales y ello ha conducido a calidades distintas y a un uso de recursos que podría mejorarse de manera decidida.

¹⁸ C.f., **Ley General de Salud**; Cap. IV, V, VI, Y VII.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS ECONÓMICAS EN SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO II

POLÍTICAS ECONÓMICAS EN SALUD PÚBLICA

2.1. Fuentes de financiamiento para la Salud Pública.

Las finanzas representan un elemento indispensable para cubrir, entre otros conceptos, la nómina, la compra de insumos y medicamentos y el equipamiento de hospitales, que constituyen un aspecto de fundamental importancia para la prestación de servicios, toda vez que el disponer de equipos suficientes y en buenas condiciones determina en gran medida la calidad y la oportunidad de la atención que se brinde a la población derechohabiente e impacta en los costos de operación. Las finanzas hacen posible afrontar las necesidades esenciales de operación, y su administración es de vital importancia en toda institución.

La Salud Pública se ha visto influenciada por nuevos conceptos económicos como "Inversión Social" y se propugna ya que, en una sociedad más sana, aumenta la productividad. La inversión en servicios médicos se ha ido convirtiendo en un elemento impulsor de la producción.

El objetivo de este inciso es describir cada una de las fuentes de financiamiento para los servicios públicos de salud.

En México los servicios públicos de salud cuentan con tres tipos de fuentes financieras, las cuales son:

- Unipartita.
- Bipartita.
- Tripartita.

2.1.1. Unipartita

Este tipo de fuente financiera corresponde a las instituciones que atienden a la población abierta, las cuales obtienen la mayor parte de sus ingresos de la aportación única del Estado a través del presupuesto federal, por ejemplo Salubridad, los Institutos de Cardiología y Neurología.

2.1.2. Bipartita

Este tipo de fuente financiera corresponde al régimen de seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado (art. 123 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), cuyos ingresos proceden de cuotas aportadas por los trabajadores al servicio del Estado y por las dependencias y entidades públicas. En este sistema se encuentra el ISSSTE.

2.1.3. Tripartita

Corresponde al régimen de seguridad social de todas las personas que se encuentran vinculadas por relaciones formales de trabajo.¹⁹ En esta modalidad, los ingresos proceden de tres fuentes: los patrones, los trabajadores y el Estado. En este sistema se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social.

¹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123, apartado "A", México.

En todo sistema de salud existe un flujo neto de recursos de ciertos grupos de población a otros. A este respecto, existen dos definiciones de equidad, que son:

1a. Definición. Un sistema de salud es equitativo cuando los recursos para la atención se distribuyen en forma proporcional a la contribución de cada una de las partes al financiamiento de los servicios.

2a. Definición. Un sistema de salud es equitativo cuando los recursos para la atención se distribuyen en forma proporcional a la necesidad, independientemente de la contribución previa de la persona.

Estas dos diferentes maneras de visualizar un mismo concepto implican, forzosamente, distintas maneras de enfocar la atención a la salud. Mientras la primera se refiere a lo que comúnmente podríamos llamar "justicia", la segunda es mucho más amplia y se dirige hacia una nueva manera de conceptualizar el mismo problema: "solidaridad".

La primera definición permite la fundamentación de los seguros sociales. Si ciertos grupos sociales aportan una cuota previa que está destinada expresamente a su atención médica, lo equitativo es que sean esos grupos, y no otros, los que disfruten de dicha prestación.

Sin embargo, el problema en esencia es que existen flujos de dinero que no son tan fáciles de adjudicar, como son las aportaciones de los patrones, empleados y gobierno federal al seguro social.

Así, las contribuciones de los patrones y de los trabajadores se reflejan en los precios de los bienes y servicios; precios que en última instancia los paga toda la sociedad.

En forma similar, las aportaciones del gobierno provienen de los impuestos que, directa o indirectamente, toda la sociedad paga y que constituyen los recursos que no se utilizan para la atención de la población no asegurada.

Lo anterior constituye una de las conquistas de los trabajadores. Sin embargo, no debe perderse de vista que en la medida en que la cobertura de la seguridad social sea parcial, tendrá un efecto regresivo sobre la distribución del ingreso, pues toda la sociedad, incluyendo a los grupos desposeídos, terminan pagando por servicios a los que no todos tienen acceso.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el caso de la salud, el financiamiento constituye un medio para alcanzar tres metas principales:

1. Avanzar en la equidad y la justicia social.
2. Estimular a entidades y otras instituciones de seguridad social y de salud pública para que participen con mayor vigor en los programas de salud que la población requiere.
3. Crear incentivos para que tanto los prestadores como los usuarios de los servicios contribuyan de manera más eficaz a alcanzar niveles de salud más altos.

El financiamiento del sistema para la protección de la salud se basa en fórmulas que conducen a la atención prioritaria de los grupos más necesitados. Es decir, en la búsqueda y aplicación de instrumentos de

inducción más que de contenido, en donde el financiamiento tiene que ser manejado con imaginación y juega un papel decisivo.

2.1.4. Otras Fuentes de Financiamiento

Otras fuentes de financiamiento por medio de las cuales se provee de recursos financieros al Sector Salud son:

- Inversión de las Reservas.
- Depósito en Instituciones de Crédito.
- Préstamos Hipotecarios.

Inversión de las reservas

“La inversión de las reservas debe hacerse en las mejores condiciones de seguridad, rendimiento y liquidez”.²⁰

La administración financiera está relacionada con la tarea de mantener la liquidez y el rendimiento de una inversión.

Las reservas se invertirán:

- “Hasta un 85% en la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, guarderías infantiles, almacenes, farmacias, laboratorios, centros de convalecencia, centros de seguridad social y demás muebles e inmuebles propios para los fines de la Institución”²¹.

²⁰ Cf., **Artículo 259 Ley del Seguro Social**. Publicada en el Diario Oficial de fecha 20 de julio de 1993.

²¹ Cf., **Ibidem.**, Artículo 264.

- “Hasta un 10% en bonos o títulos emitidos por el gobierno federal, estados, Distrito Federal, municipios, instituciones nacionales de crédito o entidades encargadas del manejo de servicios públicos”.²²
- “Los remanentes disponibles para inversión, podrán destinarse a préstamos hipotecarios, que se sujetarán a los requisitos establecidos en el Contrato Colectivo de Trabajo y el reglamento respectivo”²³, “en anticipos de pensiones y en acciones, bonos o títulos de instituciones nacionales de crédito o sociedades mexicanas, en los términos de la Ley del Seguro Social”²⁴ y sin que en ningún caso esta última inversión exceda del 5% del total de las reservas.
- “Los bonos o títulos deberán estar garantizados con la afectación en fideicomiso de alguna contribución suficiente para el servicio de sus intereses y amortización o por participación en Impuestos Federales. En los bonos o títulos emitidos por el Gobierno Federal o por instituciones nacionales de crédito, bastará con que se hallen al corriente en sus servicios”.²⁵

Así, debemos reconocer que frente a las nuevas condiciones de competitividad el financiamiento a la seguridad pública tiene para los aportantes nuevas restricciones.

La empresa de hoy se enfrenta ineludiblemente a la situación de costos que priva en el mercado internacional, generada por la economía abierta o de libre mercado, siendo ésta una circunstancia imposible de ignorar.

²² Cf., *Ibidem.*, Artículo 265.

²³ Cf., *Clausula 81 del Contrato Colectivo de Trabajo 1995- 1997.*

²⁴ Cf., *Ibidem.*, Artículo 266 de la Ley del Seguro Social.

²⁵ Cf., *Ibidem.*, Artículo 264 Reglamento de Inversiones.

En las condiciones de los tiempos actuales se deben identificar cuando menos dos limitantes al financiamiento de la seguridad pública:

- Una de ellas es el impacto sobre los costos de las empresas que deben ser congruentes con la economía abierta en que vive México;
- La segunda, de carácter interno, es el compromiso indispensable de mantener la autonomía en todos los ramos de seguro, lo cual se expresa en la imposibilidad de transferir recursos de un ramo a otro.

Aún bajo estas restricciones adicionales, el Sector Salud Pública está obligado a que con los recursos financieros presentes se mantenga, e incluso eleve, la calidad y la cobertura de los servicios que presta, lo que solamente es viable disminuyendo gastos y haciendo más eficiente su operación en beneficio de los derechohabientes.

Los costos para ofrecer seguridad social a los mexicanos son altos, pero son mucho más altos los costos de inseguridad o el debilitamiento institucional .

2.2. Política financiera del Sector Salud en el período 1988-1996.

El objetivo de este inciso es examinar cuál fue la política financiera que vivió la Salud Pública en el período 1988 a 1996.

La política financiera del gasto en la salud en México está basado en el criterio propuesto por el Banco Mundial de eliminar la prestación gratuita o los pagos meramente simbólicos.

Entre los mecanismos que concretan esta política destacan la actualización de las cuotas de recuperación en los servicios públicos o la

compra del servicio en el mercado. Ambos mecanismos muestran una tendencia del impulso hacia la privatización.

Uno de los rasgos de la política financiera de los servicios de salud mexicanos, es la mezcla permanente del Estado en todas las formas de financiamiento, ya sea por medio de la contribución directa o mediante la vía fiscal (Abel-Smith, 1978).

Detectar esto es importante ya que el Estado puede influir en la redistribución del ingreso por medio de la gestión en la salud, reduciendo o incrementando su apoyo económico a las distintas instituciones o sectores.

En México, se puede mencionar que existen tres modalidades de organización de los servicios de salud con base en la política financiera, que son: la asistencia pública, la seguridad social y la atención privada.

Dentro de las instituciones que proporcionan servicios de asistencia pública se cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la Coordinación General de IMSS-Solidaridad.

Esta dependencia otorga servicios de atención a la población abierta, es decir a la población rural y marginada carente de recursos económicos y de seguridad social.

La asistencia pública presenta un esquema de financiamiento unipartito, es decir, se financia fundamentalmente con ingresos federales, canalizados a través del presupuesto.

En el campo de las finanzas públicas, de un sustancial déficit primario se ha pasado a un importante superávit, lo que implica un logro sin precedente en la historia económica reciente del país.

Esto ha sido posible mediante un esfuerzo tenaz y profundo, tanto en materia de ingreso como de gasto público, acompañado de las políticas cambiaria, monetaria y crediticia, orientadas a lograr la estabilidad de la economía del país.

Este cambio estructural, de la mayor significación, ataca en una de sus raíces al fenómeno inflacionario. A ello se debe, en buena medida, que durante 1988 haya sido posible reducir la tasa de aumento de los precios.

Transformar el déficit primario en superávit exigió adecuaciones en la política de ingresos públicos, buscando alcanzar un balance adecuado entre el fortalecimiento de los ingresos, una distribución equitativa de la carga fiscal y el saneamiento financiero del sector paraestatal.

En materia de egresos, el mantenimiento de una estricta disciplina presupuestal y la canalización de recursos en forma selectiva, han permitido una reducción sustancial del gasto programable del sector público, medido en términos del producto interno.

En promedio, durante el período 1982-1988, la transferencia neta de recursos alcanzó más de un 6.5% del Producto Interno Bruto (ver cuadro 1). Un movimiento similar afectó, en mayor o menor grado, a la mayoría de los países de América Latina.

CUADRO 1
 PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO
 MILLONES DE PESOS

1980	4,470	1,159.8	296.9	25.9	6.6	25.6
1981	6,128	1,803.4	445.6	29.4	7.3	24.7
1982	9,798	2,643.5	728.9	27.0	7.4	27.6
1983	17,879	4,246.1	1,190.0	23.7	6.7	28.0
1984	29,472	7,141.4	1,974.1	24.2	6.7	27.6
1985	47,392	10,572.5	3,290.5	22.3	6.9	31.1
1986	79,536	17,196.8	5,271.1	21.6	6.6	30.7
1987	193,701	39,222.7	11,995.7	20.2	6.2	30.6
1988	416,305	74,221.8	23,727.0	17.8	5.7	32.0
1989	548,858	88,273.2	31,407.8	16.1	5.7	35.6
1990	738,898	116,469.4	44,416.2	15.8	6.0	38.1
1991	949,148	148,709.9	66,722.1	15.7	7.0	44.9
1992	1,125,334	175,192.6	88,012.4	15.6	7.8	50.2
1993	1,256,196	203,164.4	107,043.1	16.2	8.5	52.7
1994	1,420,159	244,478.8	128,636.4	17.2	9.1	52.6
1995	1,837,776	291,652.0	152,340.0	15.9	8.3	52.2
1996	2,544,290	311,262.0	152,152.5	12.2	6.0	48.9

Fuente: PIB BANCO DE MÉXICO. INFORME ANUAL, 1995-1996. GASTO: 1980-1989 SPP. AGENDA PRESUPUESTAL

1990-1996: EL INGRESO Y EL GASTO PÚBLICO EN MÉXICO 1995-1997. INEGI

Podemos inferir que la proporción del gasto público destinada a desarrollo social en 1993-1994 se incrementó notablemente, debido a intereses políticos; sin embargo para 1995-1996 este gasto se reduce al nivel de las erogaciones hechas en 1992.

La disminución de las transferencias al exterior permitirá un despegue paulatino, cuyos efectos favorables se verán materializados de manera gradual, continuando con la estrategia plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, y se debe promover el ahorro interno.

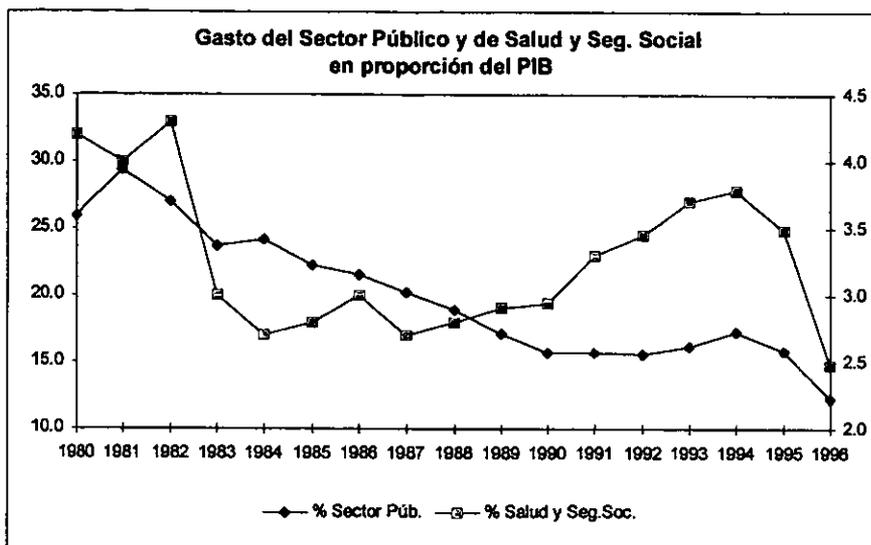
La salud en la estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, es la siguiente:

- Bienestar Social;
- La salud como un derecho esencial de todos;
- Asistencia social, incorporando a los individuos que lo requieren a una vida digna y equilibrada en lo económico y social;
- Seguridad Social, que atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, protegiendo el poder adquisitivo de su salario y otorgando apoyos financieros y garantizando la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte;
- Servicios oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios;
- Calidad en los servicios médicos;
- Efectividad y eficiencia médica, y
- Productividad y actitudes propias.

Para la asignación de recursos presupuestales al sistema nacional de salud por parte del gobierno federal, se establece una disputa por dichos recursos con otras necesidades de tipo social, económico y político.

Un indicador comúnmente utilizado para medir la evolución del gasto en salud, es generalmente, la proporción que a este renglón se destina del Producto Interno Bruto (PIB). De 1980 a 1996 muestra una tendencia a la baja, considerando que en aquel año la proporción se ubicó en alrededor de 4.2% y en el último en 2.5%, no obstante la ligera recuperación observada en los últimos años (ver gráfica 1).

Gráfica 1



Fuente: Banco de México, Informe anual 1995-1996

La desaceleración en el ritmo de crecimiento de la actividad económica observada hacia el final de 1989 se revirtió en los años siguientes del estudio, como indicativo el hecho de que el PIB en términos reales creció a una tasa anual de aproximadamente 3.5 por ciento, con excepción del año de 1995; siendo 1996 el año de repunte en este renglón. (ver cuadro 2).

CUADRO 2

PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO
MILES DE MILLONES DE PESOS DE 1993

1988	1,042,066	-17.0	185,786.9	-8.6	59,391.8	-44.5
1989	1,085,815	-13.6	174,632.4	-14.0	62,134.6	-42.0
1990	1,140,848	-9.2	179,827.1	-11.5	68,578.0	-35.9
1991	1,189,017	-5.3	186,291.9	-8.3	83,584.1	-21.9
1992	1,232,162	-1.9	191,823.6	-5.6	96,367.4	-10.0
1993	1,256,196	0.0	203,164.4	0.0	107,043.1	0.0
1994	1,311,661	4.4	225,801.0	11.1	118,808.8	11.0
1995	1,230,994	-2.0	195,356.7	-3.8	102,041.6	-4.7
1996	1,293,675	3.0	158,264.9	-22.1	77,363.8	-27.7

FUENTE: BANCO DE MEXICO

Otros indicadores, como la inversión fija bruta, el comportamiento del sector manufacturero y, lo más importante, el número de nuevos asegurados permanentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que ha venido creciendo a una tasa anual de 6.2 por ciento, confirman esta tendencia.

Cabe señalar que en este análisis no se incluyen los montos que en forma directa aportan los gobiernos de los estados, los que destinan las universidades en formación de recursos humanos y al desarrollo de investigaciones en salud; igualmente no se contemplan los gastos realizados en infraestructura sanitaria y los correspondientes a subsidios del consumo alimenticio.

La política financiera ha jugado un papel decisivo en el desempeño de la economía, al lograr conjugar los requerimientos financieros de los sectores público y privado con el ahorro captado en el sistema.

Con lo anterior, podría suponerse que el porcentaje que realmente se destina a la atención de la salud en México es muy superior al antes mencionado y que seguramente se aproxima a los estándares internacionales que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es de 5.0 del PIB.

Es conveniente indicar que estos estándares son a manera de sugerencia y de carácter promedio, que no necesariamente significan una situación ventajosa o desventajosa con respecto a las características de salud de cada país.

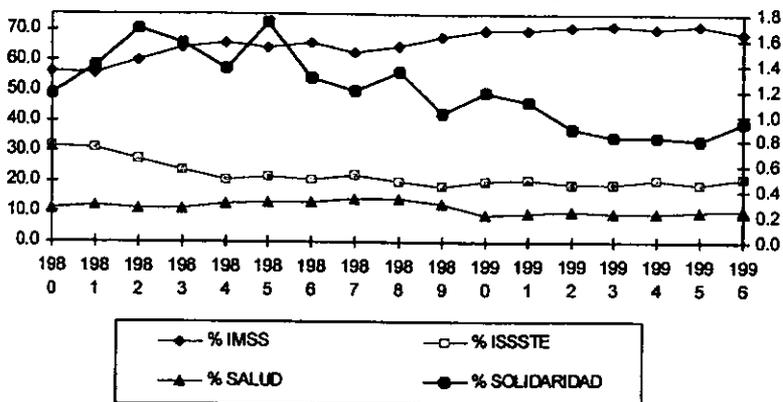
Es importante señalar que la competencia de recursos se da en dos planos, que son:

B) GASTO PÚBLICO

Este gasto se da entre Secretarías de Estado y Sector Paraestatal. (véase gráfica 2).

Gráfica 2

**Gasto en Salud y Seguridad Social
Distribución Porcentual**



Fuente: INEGI, Cuentas Nacionales 1996.

B) GASTO SOCIAL

Este gasto es el que se destina al desarrollo social que incluye las áreas de salud, educación, laboral, solidaridad y desarrollo regional y urbano, según se observa en el cuadro 3.

CUADRO 3

GASTO EN DESARROLLO SOCIAL
(MILES DE MILLONES DE PESOS)

1983	1,190.0	492.0	41.3	541.4	45.5	84.1	7.1	72.5	6.1
1984	1,974.1	841.2	42.6	825.5	41.8	184.5	9.3	122.9	6.2
1985	3,290.5	1,357.2	41.2	1,330.5	40.4	232.2	7.1	370.6	11.3
1986	5,271.1	2,089.7	39.6	2,388.0	45.3	471.9	9.0	321.5	6.1
1987	11,995.7	5,112.1	42.6	5,275.8	44.0	553.4	4.6	1,054.4	8.8
1988	23,727.0	10,287.1	43.4	10,955.7	46.2	944.9	4.0	1,539.3	6.5
1989	31,407.8	13,346.1	42.5	14,927.7	47.5	1,889.2	6.0	1,244.8	4.0
1990	44,416.2	18,369.8	41.4	21,687.2	48.8	2,809.8	6.3	1,549.4	3.5
1991	66,722.1	27,056.2	40.6	31,299.9	46.9	5,679.0	8.5	2,687.0	4.0
1992	88,012.4	35,952.9	40.8	38,831.9	44.1	8,612.0	9.8	4,615.6	5.2
1993	107,043.1	45,660.1	42.7	46,474.7	43.4	9,656.3	9.0	5,252.0	4.9
1994	128,636.4	56,086.0	43.6	53,798.0	41.8	10,645.9	8.3	8,106.5	6.3
1995	152,340.3	68,156.0	44.7	64,066.9	42.1	13,551.1	8.9	6,566.3	4.3
1996	152,152.5	68,143.7	44.8	77,681.2	51.1	656.0	0.4	5,671.6	3.7

FUENTES: 1983-1989: SPP AGENDA PRESUPUESTAL 1991

1990-1996: EL INGRESO Y GASTO PÚBLICO EN MÉXICO 1997. INEGI

Dentro del total del gasto público, la proporción destinada a la salud y seguridad social en promedio anual es cercana a un 17%. Específicamente lo destinado a la salud es de aproximadamente un 9% y el restante 8% corresponde al renglón de servicios de seguridad social que directa o indirectamente inciden en los niveles de salud de la población (ver cuadro 4).

CUADRO 4
 PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO
 MILES DE MILLONES DE PESOS

1980	4,470.1	1,159.8	25.9	188.5	4.2
1981	6,127.6	1,803.4	29.4	243.5	4.0
1982	9,797.8	2,643.5	27.0	421.8	4.3
1983	17,878.7	4,246.1	23.7	540.6	3.0
1984	29,471.6	7141.4	24.2	805.6	2.7
1985	47,391.7	10,572.5	22.3	1,308.4	2.8
1986	79,535.6	17196.8	21.6	2,368.3	3.0
1987	193,701.4	39,222.7	20.2	5,175.9	2.7
1988	416,305.0	74,221.8	18.9	10,864.1	2.8
1989	548,858.0	88,273.2	17.1	14,842.8	2.9
1990	738,898.0	116,469.4	15.8	21,687.2	2.9
1991	949,148.0	148,709.9	15.7	31,299.9	3.3
1992	1,125,334.0	175,192.6	15.6	38,831.9	3.5
1993	1,256,196.0	203,164.4	16.2	46,474.7	3.7
1994	1,420,159.0	244,478.8	17.2	53,798.0	3.8
1995	1,837,776.0	291,652.0	15.9	64,066.9	3.5
1996	2,544,290.0	311,262.0	12.2	62,875.3	2.5

FUENTES: PIB.: BANCO DE MÉXICO. INFORME ANUAL 1995-1996. GASTO: 1980-1989: SPP AGENDA PRESUPUEISTAL; 1990-1996: EL INGRESO Y EL GASTO PÚBLICO EN MÉXICO 1997, INEGI

Considerando en conjunto los recursos destinados a la salud y seguridad social, dentro del actual programa de desarrollo social del gobierno federal, absorbieron alrededor del 51% del gasto (ver cuadro 2).

Por lo que respecta la distribución de recursos dentro de las principales instituciones públicas de salud y seguridad social, encontramos que el Instituto Mexicano del Seguro Social absorbió el 56.3% de los recursos totales en 1980; mostrando un proceso ascendente en su participación hasta alcanzar el 71.5% en el presupuesto aprobado para su ejercicio en 1993; sin embargo, en los tres años posteriores, es decir 1994-1996, Solidaridad absorbe mayor cantidad de recursos (un aumento

de casi el 100%), lo que repercute en una disminución de captación de dinero por parte del IMSS, según se muestra en el cuadro 5.

CUADRO 5
GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
MILES DE MILLONES DE PESOS

1980	188.5	106.2	56.3	59.6	31.6	20.5	10.9	2.2	1.2
1981	243.5	135.7	55.7	74.8	30.7	29.6	12.2	3.4	1.4
1982	421.8	252.6	59.9	114.9	27.2	47.2	11.2	7.1	1.7
1983	540.6	344.9	63.8	126.5	23.4	60.7	11.2	8.5	1.6
1984	805.6	527.0	65.4	164.5	20.4	103.0	12.8	11.1	1.4
1985	1,308.4	833.9	63.7	282.3	21.6	169.5	13.0	22.7	1.7
1986	2,368.3	1,546.8	65.3	482.0	20.4	308.8	13.0	30.7	1.3
1987	5,175.9	3,243.2	62.7	1,133.8	21.9	737.3	14.2	61.6	1.2
1988	10,864.1	7,032.8	64.7	2,156.5	19.8	1,527.9	14.1	146.9	1.4
1989	14,842.8	10,065.6	67.8	2,741.3	18.5	1,884.7	12.7	151.2	1.0
1990	19,935.9	13,900.1	69.7	4,004.5	20.1	1,795.2	9.0	236.1	1.2
1991	28,703.9	20,043.1	69.8	5,883.8	20.5	2,777.0	9.7	318.5	1.1
1992	35,320.8	24,982.6	70.7	6,756.6	19.1	3,581.6	10.1	316.5	0.9
1993	42,444.2	30,337.5	71.5	8,047.3	19.0	4,059.4	9.6	350.0	0.8
1994	49,517.1	34,689.0	70.1	10,025.2	20.2	4,802.9	9.7	408.6	0.8
1995	59,240.1	42,160.2	71.2	11,148.1	18.8	5,931.8	10.0	476.4	0.8
1996	76,277.2	52,316.8	68.6	16,019.4	21.0	7,941.0	10.4	715.5	0.9

(1) A partir de 1990 se refiere a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados.

(2) FUENTE: BANCO DE MÉXICO.

Por el contrario, se observa que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) pasó de una participación de 31.6% en el primer año de este estudio a sólo un 19% en 1993, y la Secretaría de Salud (SSA) pasó de un 10.9% a 9.6% en dicho período y el Programa IMSS-SOLIDARIDAD presenta una tendencia a la baja, aunque para 1996 este rubro tiene un incremento considerable.

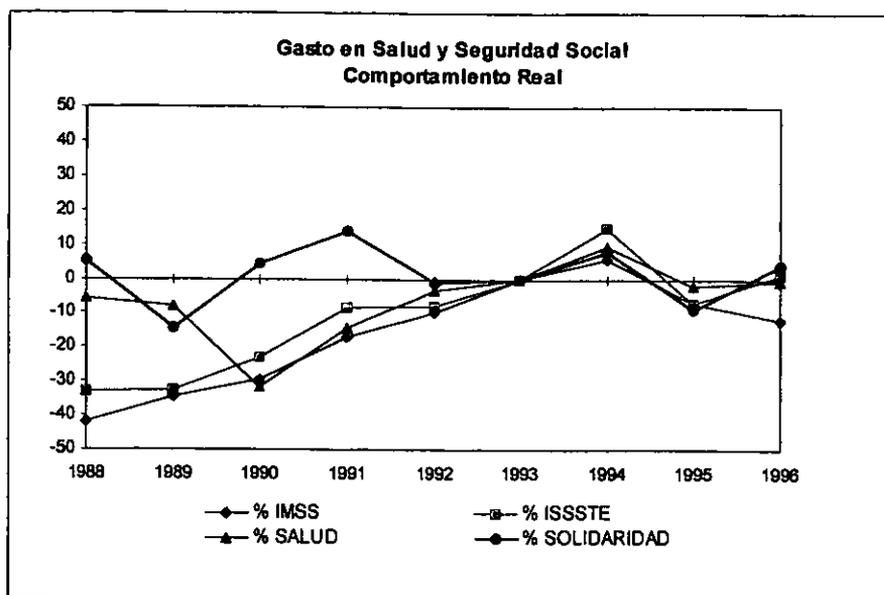
En términos absolutos, el gasto en salud y seguridad social pasó de aproximadamente 188 millones de pesos en 1980 a 59 mil millones de pesos para el año de 1995, y se cuenta con un presupuesto aprobado de 76.2 mil millones para 1996.

Sin embargo, el fenómeno inflacionario que se ha vivido en México desde 1976, agudizado durante 1982-1988 y 1995, y en cierta medida bajo control en nuestros días, ha provocado un descenso real en el poder de compra de los recursos disponibles, no sólo en salud, sino en la totalidad de bienes y servicios.

Por lo anterior, hay que señalar que en relación al impacto económico en salud, si se considera el gasto en salud y seguridad social y se aplica el factor de correlación de la inflación (deflactor implícito del producto interno bruto) y se toma como año base 1993, se obtiene lo siguiente:

- Una recuperación real del gasto total en salud y seguridad social de 1988 a 1994. A partir de 1995 muestra una caída del 6.5% derivada de la crisis financiera desatada en diciembre del año anterior.
- El gasto real destinado a la atención de población abierta (IMSS-solidaridad) ha mantenido e incluso incrementado su crecimiento positivo en comparación con el comportamiento observado en el gasto real de la seguridad social (ver gráfica 3)

Gráfica 3



Fuente: INEGI, Cuentas Nacionales 1996

Esta situación se observa también en el gasto programable real del sector público, el cual se disminuyó en 5.4% de 1988 a 1989, mostrando una recuperación en el período 1990-1996.²⁶

Respecto a la proporción que el gasto público programable ocupa en relación al producto interno bruto (PIB) de 1980 a 1996, se logró una disminución de 25.9% en el primer año a 12.2% en este último.²⁷

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1996 el valor del Producto Interno Bruto a precios constantes registró un crecimiento de 0.4%, cifra inferior al 2.8% observado el año precedente.

²⁶ Véase cuadro 2, en la página 34 de esta investigación.

²⁷ Véase cuadro 1, en la página 31 de esta investigación.

Esta significativa desaceleración del ritmo de la actividad económica se debió a diversas causas que desalentaron el gasto privado, tanto de inversión como de consumo.

El gasto programable sectorial del Sector Público Presupuestal para 1992 fue del 21.8% y para 1993 fue del 22.0% mostrando un incremento del 0.2% en relación al año anterior; para 1996 este gasto disminuye a 19.8%.

Dentro del gasto aplicable a desarrollo social es de destacarse el especial énfasis dado en el período 1993-1996 a los rubros de educación, salud y laboral.

Respecto al gasto en el sector salud y laboral, su tasa de crecimiento real en 1993 fue de 8%, y para 1996 este crecimiento alcanza el 12%. Ello respondió a dos factores principales:

Primero a los incrementos salariales recibidos por los servidores públicos adscritos a los servicios de salud, mismos que se reflejaron en una expansión real del rubro de servicios personales, ya que, entre 1992 y 1996, éste se incrementó de manera progresiva.

El segundo de dichos factores fue la combinación de mayores gastos realizados por las empresas paraestatales del sector en los siguientes conceptos:

- Pago de pensiones y abastecimiento de medicamentos;
- Materiales de curación; y
- Material médico para programas de vacunación infantil.

Hay que tomar en cuenta, sin duda alguna, el ritmo de crecimiento de la población, que aunque controlado, ha seguido aumentando.

Sin embargo, de acuerdo a la información presupuestal (véase), hay menos recursos reales para la atención de la salud y seguridad social, provocando por consiguiente una disminución en el gasto *per cápita* en salud.

En relación con la seguridad social, la institución representativa es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que presta sus servicios a un alto porcentaje de la población con relación al salario formal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social recibe recursos de tipo tripartito, es decir, tanto el Estado como los patrones y los obreros contribuyen de acuerdo a tablas de cuotas por semana y grupos de salario especificados en la Ley del Seguro Social (por ejemplo: el financiamiento que recibió el IMSS en 1988, fue el siguiente: por parte de los empleados recibió el 21.54%; de los patrones el 72.38% y por parte del Gobierno Federal el 6.08%), véase cuadro 6.

CUADRO 6
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADOS CONSOLIDADOS DE INGRESOS Y GASTOS 1988-1996
(Miles de pesos de 1993)

1988	17,912,826	N.D.	754,971	18,667,797	18,602,363	290,363
1989	21,094,618	1,212,690	837,453	23,144,761	22,319,841	1,428,537
1990	22,198,980	1,234,094	933,395	24,366,469	23,067,399	785,199
1991	25,622,801	1,424,012	1,322,147	28,368,961	27,040,290	601,303
1992	28,482,965	1,603,612	1,449,364	31,535,941	30,262,188	875,946
1993	31,180,009	1,690,328	1,507,510	34,377,847	33,687,794	1,059,461
1994	35,533,090	1,863,348	1,627,813	39,024,250	36,751,930	1,879,137
1995	28,030,511	1,496,878	2,644,991	32,172,381	31,603,391	420,214
1996	26,497,103	1,336,682	2,203,774	30,037,559	29,483,806	129,658

Dentro del esquema de financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, la crisis afectó la participación del Estado, reduciéndola de 11.5 a un 6%. La diferencia fue cubierta por la aportación patronal. Esto es muy importante, ya que nos indica que existe una privatización mayor del esquema de financiamiento de la seguridad social.

Para concluir con las políticas de financiamiento de la Salud Pública, se hace necesario presentar algunas de las funciones en las que continuará teniendo participación el Estado, incluso una vez que haya avanzado la privatización en el país, siendo éstas las siguientes:

- 1) Garantizar el financiamiento de servicios de salud a la población más desprotegida (pobres y enfermos crónicos sin recursos), así como asegurar los servicios aceptables y accesibles en áreas rurales o marginales urbanas (véase gráficas 4 y 5). Estas acciones permitirán fortalecer la equidad en la prestación de servicios para hacer frente a los requerimientos de salud y seguridad social.
- 2) Evitar el continuo deterioro de las instituciones públicas de salud causado por la reducción del gasto corriente y de inversión en el sector.
- 3) Financiar los bienes públicos vinculados a la prestación de servicios de salud, tales como la educación sobre salud.
- 4) Impulsar la adopción de normas o estándares de atención de salud pública y privada compatibles con los recursos del gobierno. Esto se puede lograr mediante la regulación y el ajuste del sistema de incentivos.

5) Recabar información para la planeación y la regulación de los servicios de salud. La función esencial de los gobiernos en el área de salud será elaborar políticas, planear, regular y recabar la información.

2.3. Financiamiento para la Salud.

En el período de 1988 a 1996, las relaciones intersectoriales en el nivel de la estructura económica impactaron desfavorablemente la evolución del sector respecto a las demandas crecientes de la población en materia de Salud y Seguridad Social.

En el período 1980 a 1988, el PIB creció a una tasa media anual muy baja (0.8%); pero considerando el período 1982 a 1988 los resultados son todavía más moderados, lo cual se reflejó en tasas de crecimiento diferenciadas a nivel de las actividades directamente vinculadas con la salud, como son los casos de la producción de servicios educativos, expansión de la red y de los servicios de saneamiento, agua potable y alcantarillado.

La producción de medicamentos y de insumos para la salud y, sobre todo el acceso a ellos, se vieron afectados por el deterioro salarial y la contracción del empleo.

De 1980 a 1991, la tendencia muestra una baja, proporción que se ubicó en alrededor de 4.2% en el primero y en el último, en 3.6% observándose una ligera recuperación en los dos últimos años 1992 y 1993; el valor del Producto Interno Bruto registró un crecimiento de 0.4%, cifra inferior al 2.8 observado en el año de 1992; finalmente, en 1996 el PIB tiene un incremento de 3.5% respecto al año anterior.²⁷

²⁷ Véase cuadro 4, en la página 37 de esta investigación.

La política gubernamental de financiamiento fue la más clara expresión del contenido y las características del ajuste económico en los años ochenta y noventa.

El objetivo del Gobierno Federal es reducir substancialmente el gasto público como participación del PIB y ello lo logró reducir de un 25.9% al 12.2% en el período de 1980 a 1996. La disminución es más significativa por cuanto que el PIB en promedio presenta una tasa de crecimiento positiva 0.4% en tanto que el gasto programable decrece a un ritmo de 2.8% en el mismo lapso.²⁸

El gasto destinado a la atención de población no asegurada mantuvo su nivel de participación en un 2.2% aproximadamente del gasto programable del sector público, así como la relación con el gasto destinado al bienestar social en una proporción de entre 8.8% y 9.0% en promedio.²⁹

Las tasas de crecimiento de ambos tipos de gasto fueron diferenciadas (-2.1% y 0.2%), aunque en ambos se observa la prioridad que se otorga a la salud en el marco de la política de ajuste, en función del mayor decremento del gasto programable del sector público.

La relación de ingresos-egresos para estas instituciones es que la política de contención del gasto y el impacto económico de las restricciones de la política salarial afectaron los ingresos institucionales, ya que orgánicamente y por disposición legal, los seguros se financian con cuotas obrero-patronales y aportaciones gubernamentales, en una proporción de 20%, 75% y 5% respectivamente, ver cuadros 7 al 10.

²⁸ Véase en el cuadro 1, en la página 31 de esta investigación.

²⁹ Véase cuadro 2, en la página 34 de esta investigación.

CUADRO 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988 - 1996
SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO
(Miles de pesos de 1993)

	INGRESOS		GASTOS		
1988	1,905,629	97,432	2,003,061	2,367,266	125,157
1989	2,127,686	69,447	2,197,132	2,555,077	130,767
1990	2,256,770	85,710	2,342,480	2,199,666	68,082
1991	2,491,671	140,361	2,063,032	2,448,389	-
1992	2,712,753	146,435	2,859,188	2,672,929	-
1993	3,054,235	71,105	3,125,340	3,038,169	162,649
1994	3,608,482	114,347	3,722,830	3,584,933	522,081
1995	2,665,361	181,248	2,846,609	2,658,374	-
1996	2,439,924	155,037	2,594,961	2,494,646	-

Nota: Actualizado con el deflactor implícito del Producto Interno Bruto.

CUADRO 8
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988 - 1996
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
(Miles de pesos de 1993)

1988	9,147,257		188,751	9,336,008	12,270,737
1989	12,802,701		204,556	13,007,257	11,319,509
1990	12,660,727	771,335	456,791	13,888,853	13,659,837
1991	13,990,078	851,349	436,331	15,277,758	15,690,067
1992	15,430,101	950,964	490,760	16,871,825	17,745,799
1993	16,975,327	1,003,245	497,740	18,476,312	19,394,215
1994	19,317,993	1,111,640	660,905	21,090,538	20,476,006
1995	15,271,496	879,008	730,229	16,880,732	17,246,436
1996	14,394,667	843,081	625,130	15,862,879	16,445,829

(1) La aportación del Estado está incluida en las cuotas obrero-patronales hasta 1989.

CUADRO 9
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988 - 1996
(Miles de pesos de 1993)

1988	5,939,139		427,753	6,366,892	3,606,121	145,182
1989	6,288,375		493,744	6,782,119	8,044,222	1,175,985
1990	6,211,473	378,712	369,789	6,959,974	6,823,485	638,858
1991	7,959,576	480,416	708,517	9,148,509	8,371,371	601,303
1992	9,469,691	548,781	350,466	10,368,938	9,274,115	875,944
1993	10,207,381	571,562	445,181	11,224,124	10,602,555	896,812
1994	11,519,308	632,093	323,075	12,474,475	11,991,660	1,357,056
1995	9,258,269	509,923	1,287,619	11,055,810	11,128,366	420,214
1996	8,867,790	493,612	1,016,821	10,378,223	9,998,791	129,658

(1) La aportación del Estado está incluida en las cuotas obrero-patronales hasta 1989.

Nota: Actualizado con el deflactor implícito del Producto Interno Bruto

CUADRO 10
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS 1988 - 1996
SEGURO DE GUARDERIAS
(Miles de pesos de 1993)

INGRESOS

GASTOS

	INGRESOS		GASTOS	
1988	838,586	41,034	879,620	377,345
1989	1,010,793	69,706	1,080,499	401,033
1990	1,070,010	21,105	1,091,499	384,411
1991	1,181,477	36,938	1,218,415	530,463
1992	1,291,004	41,096	1,332,100	569,344
1993	1,403,541	32,976	1,436,517	652,855
1994	1,567,127	49,642	1,616,469	699,371
1995	1,232,123	55,375	1,287,497	576,429
1996	1,153,985	47,533	1,201,518	544,498

En el caso específico del Instituto Mexicano del Seguro Social, esa proporción también fue afectada con la política de ajuste del gasto público, al bajar las aportaciones del Gobierno Federal en 1980 esta relación cambió de 11.63 a un 5.11% aproximadamente, (porcentaje de la aportación del Gobierno Federal en relación al ingreso y al gasto total del IMSS).

El número de asegurados al que otorga servicios el Instituto Mexicano del Seguro Social al mes de diciembre de 1996, ascendió a 10'916,490; es decir, 5.7% más que al principio de la administración del Instituto.

Este porcentaje significa que la población asegurada en estos últimos años ha crecido a un ritmo casi dos veces mayor que el de la población en general (véase cuadro anterior).

Este crecimiento se ha hecho con bases firmes, con las cuales el Instituto pretende fortalecer las acciones en cuatro aspectos fundamentales, que son:

- 1) Consolidación de la autonomía financiera y solvencia económica del Instituto, como condición para la expansión de servicios.
- 2) Elevar la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios a la población asegurada.
- 3) Fortalecer la concertación entre obreros, empresarios y gobierno, con el objeto de intensificar programas en favor de la seguridad y el bienestar de los trabajadores.

- 4) Descentralizar las acciones de medicina preventiva, haciendo énfasis a la promoción y cuidado de la salud, de manera de acercar estas acciones a la vida en comunidad.

La seguridad social depende totalmente de la responsabilidad financiera. Sin equilibrio en las finanzas, una organización como el Instituto Mexicano del Seguro Social se arriesga a afrontar una delicada situación demeritando la calidad de los servicios e imposibilitando el cumplimiento de sus objetivos.

Una posibilidad de distribuir equitativamente los recursos en el régimen de seguridad social ha sido por la vía de las características socioeconómicas de los usuarios.

En el caso del IMSS, los asegurados de mayores ingresos, que representan el 15% del total, aportan el 38% de los ingresos y reciben el 10% del gasto en servicios.

En cambio, el grupo que se encuentra alrededor del salario mínimo, que representa el 55% del total, aporta el 32% de los ingresos y se aplica en su servicio el 60% de los egresos. Sin embargo, el Seguro Social refleja la desigualdad urbano-rural (véase cuadro 18 y 19), ya que el 94% de los servicios se dan en áreas urbanas.

La relación especialistas-médicos generales es en favor de las zonas urbanas, la ubicación de hospitales y centros de salud, es también fundamentalmente urbana y los derechohabientes guardan una proporción de 94%-6% urbano-rural.

Por último, debido al éxito de los programas de salud el número de pensionados alcanza una cifra máxima hasta ahora en 1996 de 1'602,629.

Esto es un reflejo de que los mexicanos tienen en el presente mayores expectativas de vida.

Como resultado de las diversas reformas legales, se ha establecido el sistema de pensiones dinámicas que se actualizan simultáneamente al salario mínimo, lo que garantiza que su valor real no vuelva a afectarse.

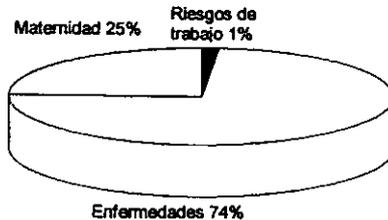
No escapa a nadie que este renglón de pensiones es uno de los aspectos más dolorosos de la seguridad social en el mundo y que en México tiene una cobertura pequeña, no mayor del 15% de la población mayor de 65 años y que la parte cubierta de la población lo está de manera virtual.

Los montos promedio de pago per cápita de pensiones están muy lejos de satisfacer con dignidad el mínimo de las necesidades para vivir. En el nivel del PIB, la suma de todas las erogaciones no alcanza el 1%, lo que resulta expresivo y muestra cómo la población en la tercera edad, siendo la que padece la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, es la más desprotegida en el sentido de su seguridad económica.

Dentro del programa IMSS-SOLIDARIDAD, durante el período 1984-1993, se inauguraron 1,126 unidades de primer nivel en todo el país.

La ampliación de la infraestructura del Instituto Mexicano del Seguro Social cumple con sus objetivos principales. Los trabajadores, los campesinos y sus familias tenían, en 1996, 33% más clínicas donde atenderse que en 1984. Se tramitaron en 1996, 7'162,684 certificados de incapacidad, de los que 4'248,749 produjeron subsidio cuyo gasto fue 2,055 millones de pesos. En cuanto a los certificados de incapacidad que no produjeron subsidio sumaron 2'913,935 (ver gráfica 4).

Gráfica 4
CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD QUE NO PRODUJERON
SUBSIDIO



El Programa IMSS-SOLIDARIDAD es financiado en su totalidad con recursos que aporta el Gobierno Federal, y en 1996 contaba con más de 11'000,000 de "solidarionahabientes" que reciben servicios de salud en las comunidades más apartadas y marginadas del país.

El crecimiento de la infraestructura del Programa IMSS-SOLIDARIDAD, debe resaltarse que se han construido en los últimos cinco años 1,069 unidades de medicina rural familiar, lo cual significa un incremento en instalaciones de este tipo del 46%.

En la actualidad se cuenta con una capacidad instalada de servicio de 57 hospitales rurales y 3,223 unidades médicas rurales en todo el país.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se manifiesta como una institución que ofrece los servicios de salud para los más marginados, y para las comunidades más apartadas; o sea para aquellos que más la necesitan a fin de alcanzar los niveles más equitativos de bienestar e incorporarse completamente al progreso del país.

CAPÍTULO III

PRESTACIONES QUE OTORGA LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

CAPÍTULO III

PRESTACIONES QUE OTORGA LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

El objetivo de este capítulo es estudiar a las prestaciones que por ley otorga la salud pública en México.

Las prestaciones que el Seguro Social proporciona a los trabajadores son superiores a las que concede la Ley Federal del Trabajo, lo que no constituye sino un código mínimo de la seguridad para el obrero, y tienen, respecto de los contratos colectivos de trabajo, ventajas de consideración toda vez que éstos, creados precisamente para suplir todo aquello que la Ley del Trabajo no puede prever, sólo contiene, en la mayoría de sus artículos, simples formas de otorgar beneficios.

Dichos beneficios a menudo no se tornan en realidad porque, careciéndose de un adecuado régimen de garantías, su cumplimiento está supeditado a las posibilidades económicas de las empresas que las celebran.

Este carácter de los contratos colectivos hace ilusorias, en numerosas ocasiones, las conquistas de los trabajadores, que en esos casos tienen que luchar contra la insolvencia, real o simulada, de las empresas, lo cual da origen a frecuentes litigios obrero-patronales que son costosos para las dos partes en pugna y no rinden el provecho esperado por los trabajadores y, en cambio, se traducen en un perjuicio para la economía del país.

A pesar de que las prestaciones otorgadas por la Ley del Seguro Social son mayores que las que hasta hoy existen y que tienen más firme garantía, no se menoscaban los derechos que los obreros han obtenido a través de diversos contratos colectivos, cuando son superiores las prestaciones que en éstos se hubieren estipulado, o las que la Ley consigna, dado que en la iniciativa se prevé un régimen del seguro adicional.

En el seguro adicional se considera que los trabajadores están en condiciones de recibir a cargo del patrón beneficios más elevados o en condiciones más favorables a las del resto de la población asalariada.

El Seguro Social es una institución en la que se compensan las cargas económicas de sus costos entre un gran número de empresas y asegurados.

Las cargas económicas son un fenómeno esencialmente colectivo de solidaridad industrial que no puede reservarse individualmente, porque ninguna empresa sería capaz de soportar estos gastos con cargo directo a sus costos de producción y de allí se deriva la necesidad de atender el Seguro Social, en función de la gran masa de sectores económicos interesados.

Sólo con la solidaridad industrial es posible establecer un sistema de Seguro Social con un nivel de prestaciones capaces de satisfacer las necesidades de la población asegurada.

Para atender el Seguro Social, sin considerar los accidentes y enfermedades profesionales, se precisa una cantidad adicional de dinero equivalente al 12% del volumen anual de los salarios, cantidad

que es aportada en un 6% por los patrones, en un 3% por los trabajadores y en un 3% por el Estado.

Del aporte patronal se destinará un 3% para la atención de las enfermedades y la maternidad, y el 3% para la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte.

De la aportación obrera se destina el 1.5% a la atención de las enfermedades y a la maternidad, y el 1.5% restante a la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte. A su vez, del 3% con que contribuye el Estado se utiliza el 1.5% a la atención del seguro y maternidad y el 1.5% a la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte.

Los recursos financieros necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se obtienen de las cuotas que estén obligados a cubrir los patrones y los trabajadores, o demás sujetos y de la contribución que corresponda al Estado.³⁰

A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir para el seguro de Enfermedades y Maternidad, las cuotas del 8.750% y 3.125% sobre el salario diario base de cotización, respectivamente.³¹ Actualmente el esquema de los seguros por ramo es el siguiente:

³⁰ Cf., **Ley del Seguro Social**. Artículo 47.

³¹ **Ibidem.**, Art. 114.

Cuadro 11.

Estructura del régimen obligatorio para 1993.

Tipo de seguro	Patrón	Obrero	Estado	Ley del Seguro Social
I Riesgos de Trabajo	2.59840%	0.00%	0.00%	Art. 79
II Enfermedades y Maternidad	8.750 %	3.125 %	0.625%	Art. 114 y 115
III Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte	5.950 %	2.125 %	0.425%	Art. 177 y 178
IV Guarderías para hijos de Aseguradas	1.00 %	0.00%	0.00%	Art. 190 y 191
V Retiro	2.00%	0.00%	0.00%	Art. 183-B y C

Fuente: Ley del Seguro Social.- Art. 113,114, 117 y 118.

*El Estado aportará el 20 % de las cuotas.

Considerando esta relación, el 6% de aporte patronal apenas significa un aumento en los costos de producción equivalente a un 0.78%, lo cual es insignificante si se compara con las ventajas de carácter social que se derivan del establecimiento de este importante régimen de previsión.

La Oficina Internacional del Trabajo ha venido haciendo a todos los países múltiples recomendaciones en materia de seguros y previsión social, cuidadosamente votadas por la mayoría de ellos, y no existe razón para que México permanezca al margen de ese movimiento al que se han adherido la mayor parte de los pueblos civilizados del mundo.

En consideración a que la institución no persigue, en modo alguno, fines lucrativos, la iniciativa la libera de la obligación de constituir

depósitos o fianzas legales aún cuando se trate de juicio de amparo, subsanándose en esta forma una omisión de la Ley vigente.

3.1. De las Prestaciones Contractuales

El objetivo de este inciso es examinar en qué consisten las Prestaciones Contractuales.

Aún cuando los contratos colectivos de trabajo concedan prestaciones inferiores a las otorgadas por la Ley del Seguro Social, el patrón pagará al Instituto todos los aportes proporcionales a las prestaciones contractuales.

Para satisfacer las diferencias que existen entre los aportes que haga el patrón y los establecidos por la Ley, las partes cubrirán las cuotas correspondientes.

Si en los contratos colectivos se pactan prestaciones iguales a las establecidas por esta Ley, el patrón pagará al Instituto íntegramente las cuotas obrero-patronales.

En los casos en que los contratos colectivos consignen prestaciones superiores a las que concede la Ley del Seguro Social, se estará sujeto a lo dispuesto en el párrafo anterior hasta la igualdad de prestaciones, y respecto de los excedentes, el patrón quedará obligado a cumplirlas.

Tratándose de prestaciones económicas, el patrón podrá contratar con el Instituto los seguros adicionales correspondientes, en los términos del título tercero de la Ley del Seguro Social.

El Instituto, mediante un estudio técnico-jurídico de los contratos colectivos de trabajo, hará la valuación actuarial de las prestaciones

contractuales, comparándolas individualmente con las de la Ley, para elaborar las tablas de distribución de las cuotas que correspondan.

Respecto a los patrones, tendrán derecho a descontar del importe de las prestaciones contractuales que deben cubrir directamente, las cuantías a las prestaciones otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto al Estado, éste aportará la contribución para el seguro de Enfermedades y Maternidad, y será igual al 7.143 por ciento del total de las cuotas patronales.³²

“La aportación del Estado será cubierta en pagos mensuales iguales, equivalentes a la doceava parte de la estimación que presente el Instituto a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público”.³³

El Estado aportará la contribución que le corresponde, independientemente de la que resulte a cargo del patrón por la valuación actuarial de su contrato, pagando éste tanto su propia cuota como la parte de la cuota obrera que le corresponda conforme a dicha valuación.

3.2 Prestaciones en Dinero

El objetivo de este inciso es describir en qué consisten las Prestaciones en Dinero.

Este tipo de prestación se refiere a la enfermedad no profesional, en la cual el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo.

³² *Ibidem.*, Art. 115.

³³ *Ibidem.*

El subsidio es del 60% del salario promedio en que el asegurado se encuentra cotizando, y éste se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.

Si el asegurado continuara incapacitado después de las cincuenta y dos semanas, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

Los artículos correspondientes de la Ley del Seguro Social (100 y 104) a esta prestación destacan: la importancia que tiene la fecha de iniciación de las enfermedades, en virtud de que si una persona se recupera en un periodo superior a ocho semanas, se considerará nueva enfermedad.

Analizando el artículo 104 y el 100 de la Ley del Seguro Social se encuentra que existe un desajuste. El subsidio se cubre hasta por el término de un año y medio. En cambio, la atención médica abarca hasta dos años. Si el legislador modificó esta última, hubiera sido preferible el mismo aumento en el subsidio.

La solución para los trabajadores que tienen cotizadas 150 semanas, puede consistir en solicitar pensión temporal de invalidez antes que venza el plazo de prórroga en el subsidio.

El asegurado percibirá el subsidio siempre y cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Respecto a los trabajadores eventuales, percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

El tiempo de espera que necesita alcanzar el trabajador para gozar del subsidio, más no de la atención médica, es el haber cotizado un mes antes de que tenga la enfermedad. Este plazo beneficia a los trabajadores en relación con el artículo 53 de la antigua Ley del Seguro Social, que establecía seis semanas cotizadas. Este beneficio económico significa el 60% del salario promedio, de acuerdo con el grupo en que esté cotizando cada trabajador.

En el caso de incumplimiento por parte del enfermo a la indicación del Instituto de someterse a hospitalización, o cuando interrumpa el tratamiento sin la autorización debida, se suspenderá el pago del subsidio. Las personas que no se ajusten a las prescripciones médicas señaladas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, son sancionadas con la suspensión del subsidio.

Sin embargo, en las posibles divergencias entre los asegurados y el personal médico del Instituto, debidas en forma especial a la ligereza con que atienden muchas veces a los enfermos, o debido al volumen de citas adscritas a cada médico familiar, aquéllas que no sientan mejoría con los medicamentos o si advierten que se agravan con los mismos, pueden formular su queja al Departamento de Orientación y Quejas del IMSS, o a la Delegación Regional que le corresponda del mismo Instituto.

Cuando el Instituto haga la hospitalización del asegurado, el subsidio se pagará a él o a sus familiares. La Ley anterior, estipulaba

que los subsidios serían del 50% para los trabajadores solteros sin familiares; esta limitante se suspendió en la presente Ley.

Para la ayuda en caso de defunción, previsto en el seguro de Enfermedades y Maternidad, hay que acudir al Departamento de Prestaciones en Dinero con la factura de la funeraria, el acta de defunción y la credencial del asegurado fallecido, a fin de solicitar la ayuda para gastos de sepelio.

Como en todas las prestaciones económicas derivadas de este seguro, se debe tener presente el tiempo de espera de 4 semanas y la conservación de derechos por 8 semanas, después de que es dado de baja del IMSS.

Este beneficio es igual al que se otorga a los familiares cuando fallece el asegurado debido a un riesgo de trabajo.

3.3. Prestaciones en Especie

El objetivo de este inciso es determinar cuáles son y en qué consisten cada una de las prestaciones en especie.

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie que otorga la Ley del Seguro Social:³⁴

1. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
2. Servicios de hospitalización;
3. Aparatos de Prótesis y Ortopedia; y

4. Rehabilitación.

3.3.1. Asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica

El Reglamento de Servicios Médicos define la asistencia médico-quirúrgica como:

“El conjunto de curaciones o intervenciones que corresponden a las exigencias de cada caso, suficientes para el tratamiento y recuperación de la salud”.³⁵

Por su parte, los servicios farmacéuticos consisten en el suministro de medicamentos y aparatos terapéuticos indicados por el médico que haya atendido al enfermo.

3.3.2. Servicios De Hospitalización

En cuanto a la hospitalización, la ley señala únicamente que:

“Para los casos en que el tratamiento del paciente exija su intervención en unidades hospitalarias a juicio del médico facultado por el Instituto...”.³⁶

3.3.3. Los Aparatos de Prótesis y Ortopedia

“Son los que se necesitan para ayudar al restablecimiento del trabajador que ha sufrido un riesgo de trabajo”.³⁷

El derecho a la rehabilitación es relativamente nuevo en la ley del Seguro Social y constituye un acierto del legislador.

³⁴ *Ibidem.*, Art. 63.

³⁵ **Reglamento de Servicios Médicos**, Publicado en el Diario Oficial el 23 de octubre de 1996, Art. 3.

³⁶ *Ibidem.*, Sección V. Art. 56.

³⁷ *Ibidem.*, Art. 3.

De esta manera, el trabajador podrá acudir a los centros especializados a realizar sus ejercicios repetitivos con ayuda de aparatos especiales, a fin de recuperar su salud.

Hay que reconocer que el Instituto, antes de tener la obligación legal de otorgar este servicio, ya lo proporcionaba a las personas que lo necesitaran.

Se contará también como prestación en especie el traslado en ambulancia y la transferencia de una circunscripción territorial a otra, para procurar la atención en unidades médicas adecuadas.

3.4. Prestaciones Médicas

El Objetivo de este inciso es describir en qué consisten las Prestaciones Médicas.

Estas consisten en que:

“el asegurado que quede privado de trabajo, pero que haya cubierto inmediatamente antes de tal privación un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservará durante ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir las prestaciones correspondientes a asistencia de enfermedad y maternidad en los términos que establece la Ley del Seguro Social. Del mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios”.³⁸

Los trabajadores que se encuentren en estado de huelga, recibirán las prestaciones médicas durante el tiempo que dure aquella.

El Reglamento de Servicios Médicos establece que si no se pueden otorgar por parte del Instituto las prestaciones médicas a que se

encuentra obligado, éste deberá otorgar al asegurado el equivalente de los servicios no proporcionados y en dinero.

3.5. Prestaciones Sociales

El objetivo de este inciso es enunciar y describir cada una de las Prestaciones Sociales.

Los servicios sociales son de beneficio colectivo, y comprenden de acuerdo a la Ley del Seguro Social, los siguientes:³⁹

3.5.1 Prestaciones sociales;

3.5.2 Servicios de Solidaridad Social; y

3.5.3 Servicio de Guarderías

3.5.1. Prestaciones Sociales

Las prestaciones sociales tienen como finalidad el fomentar la salud, prevenir las enfermedades y accidentes, y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

Los programas básicos de prestaciones sociales son:

- Mejoramiento de la vida del hogar.
- Adiestramiento técnico y capacitación para el trabajo.
- Utilización positiva del tiempo libre.

³⁸ Ley del Seguro Social. **Op.Cit.**, Art. 118.

³⁹ Ley del Seguro Social. **Op.Cit.**, Arts. 184 y 232..

Estos servicios se otorgan a través de los centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y Adiestramiento Técnico y capacitación para el trabajo.

Los objetivos que se persiguen con las prestaciones de seguridad social y solidaridad social, son:

- Prevenir enfermedades;
- Mejoramiento de la alimentación;
- Superación de la vida doméstica;
- Mejoramiento de la cultura y educación de los asegurados y derechohabientes;
- Capacitación para desempeñar trabajos necesarios para el país y mejor remunerados; y
- Proporcionar actividades recreativas y deportivas.

Ahora bien, las prestaciones sociales serán proporcionadas mediante programas de:

- Promoción a la salud difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de medios masivos de comunicación;
- Educación higiénica, materno-infantil, sanitaria y de primeros auxilios;
- Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda;

- Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas y, en general, de todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación de tiempo libre;
- Regulación del estado civil;
- Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, a fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores;
- Centros vocacionales y de readaptación para el trabajo;
- Superación de la vida en el hogar, a través de un adecuado aprovechamiento de los recursos económicos, de mejores prácticas de convivencia y de unidades habitacionales adecuadas;
- Establecimiento y administración de velatorios, así como otros servicios similares; y
- Los demás útiles para la elevación del nivel de vida individual y colectivo.

Las prestaciones se proporcionarán por el Instituto sin comprometer la eficacia de los servicios de los ramos del régimen obligatorio, ni su equilibrio financiero.

Actualmente, en la mayor parte de las delegaciones federales y regionales, existen centros de seguridad social y bienestar familiar, y en algunos de ellos se están implantando centros de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo.

Las prestaciones sociales son el ejercicio discrecional para el Instituto Mexicano del Seguro Social y tendrán como fuente de

financiamiento los recursos del ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte. La Asamblea General anualmente determinará la cantidad que deba destinarse a dichas prestaciones.

Los servicios de prestaciones sociales que, de acuerdo a la Ley del Seguro Social, ha venido ofreciendo el Instituto con base en una política de solidaridad social, permitieron que en forma indiscriminada se diera, en el pasado, una respuesta con servicios educativos extra escolares y gratuitos a una población demandante que veía en ello una alternativa de recreación, la posibilidad de capacitarse para una actividad productiva o complementarlos con los conocimientos adquiridos en el proceso de educación formal.

La reorientación permitió definir, conservando el espíritu solidario de la Ley, el poder atender a la población derechohabiente y abierta más vulnerable, como son los jubilados y pensionados, el binomio madre e hijo y el asegurado de menores recursos, y por extensión a la parte más empobrecida de la población abierta.

3.5.2. Servicios de Solidaridad Social

Los servicios de Solidaridad Social tienen por objeto beneficiar a cualquier individuo sin importar si está o no afiliado al Instituto; generalmente se realizan a través de campañas de sanidad nacional, en colaboración con las otras instituciones que se encargan de proteger la salud de los mexicanos.

Los servicios sociales los presta el Instituto desde hace varios años, no obstante que no se encontraban claramente definidos en la Ley del Seguro Social, sino que su realización se justificaba en el reglamento de los servicios de habitación, previsión social y prevención de la

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

invalidez de 2 de agosto de 1965, en cuyo artículos se establecían con cargo al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte los servicios necesarios para la prevención de enfermedades e incapacidad para el trabajo y la difusión de conocimientos y prácticas de previsión social a través de sistemas educativos audiovisuales, representaciones teatrales, y fomento deportivo.

El total de los gastos por esos conceptos no podrían exceder del 1.5% de lo que el Instituto recauda por el seguro mencionado.

Los servicios de Solidaridad Social comprenden asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en la Ley.⁴⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de Solidaridad Social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de la población que, por el propio estudio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y demás instituciones de salud y seguridad social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social, sin perjuicio del eficaz

⁴⁰ *Ibidem.*, Art. 237.

otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen del Seguro Social.

Los servicios de Solidaridad Social serán financiados por la Federación, por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiarios.

La Asamblea General del Instituto determinará anualmente, con vista en las aportaciones del Gobierno Federal, el volumen de recursos propios que el Instituto pueda destinar a la realización de estos programas.

Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo, o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten, y que propicien y que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de la Ley del Seguro Social.

La ampliación de la cobertura de los servicios de prestaciones sociales, creando centros de extensión de conocimientos en los locales propios de la comunidad y accesibles a la población urbano-marginada, ha permitido extender los Programas de Mejoramiento del Ambiente y de Autocuidado de la Salud a los grupos más vulnerables, lo que constituye un cambio en la política de expansión de estos servicios.

La Solidaridad Social constituye una necesaria e indiscutible vinculación entre el que tiene y el que no tiene, entre el que no necesita y el necesitado; durante esta etapa se convierte en el mecanismo para proteger a los individuos que, por su condición precaria, por su imposibilidad económica, no habían podido ser sujetos del Seguro

Social, otorgándoseles por este medio la prestación de la atención médica, hospitalaria y farmacéutica.

El Programa del IMSS-SOLIDARIDAD es un instrumento creado para colaborar en la lucha en contra de la pobreza extrema.

Este programa es financiado en su totalidad con recursos que aporta el Gobierno Federal, en 1996 contaba con casi 11,038,703 de beneficiarios que recibían servicios de salud en las comunidades más apartadas y marginadas del país.⁴¹

El Instituto Mexicano del Seguro Social debe mantener a la vanguardia del cambio, apegado siempre a su raíz histórica que proviene del legítimo reclamo social de los trabajadores de México. Es el reflejo fiel de los valores nacionales, el IMSS sigue siendo soporte fundamental de la política social del Estado Mexicano.

La Política Financiera se seguirá orientando a incrementar los servicios de Solidaridad Social y de las prestaciones sociales, contribuyendo con ello a la elevación general de los niveles de vida de la población mexicana.

El Programa IMSS-SOLIDARIDAD, está orientado a:

- Disminuir los riesgos y daños a la salud de mujeres y niños en poblaciones indígenas;
- Acercar a los habitantes de áreas dispersas;
- Proporcionar servicios permanentes de salud; y

⁴¹ Memoria Estadística Institucional, IMSS, Op.Cit.,1996.

- Capacitar a las propias comunidades en la promoción y atención de la salud.

La generalización de la prestación de servicios permitiría el mejoramiento de la situación sanitaria, ya que es un medio a través del cual se puede reducir la necesidad ciudadana en este tenor, en la medida en que se garantice una cobertura social para las distintas contingencias por las que puede atravesar el individuo.

Dar respuesta a estos requerimientos implica fijar cuantitativamente los mismos. Esto es posible en la medida en que haya una participación de la comunidad, que permita expresar cuáles son sus demandas, y además, decida sobre las formas en que serán satisfechas.

Dado el vínculo existente entre salud y empleo, los programas de seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social, deben fijar los objetivos mínimos en materia de asistencia médica, conjuntamente con los organismos que trabajan en el sector.

Los regímenes de seguridad social son los instrumentos adecuados para garantizar un ingreso mínimo a los trabajadores en caso de enfermedad, riesgos del trabajo, maternidad y vejez o muerte.

De hecho, así funcionan en la mayoría de los países que practican la seguridad social, brindando protección a los trabajadores urbanos y a los trabajadores del campo, integrados en formas capitalistas de producción.

3.5.3. Servicio de Guarderías

Los servicios del Seguro de Guarderías para hijos de aseguradas se establece en el Art. VI de las Ley del Seguro Social.

El ramo del Seguro de Guarderías para hijos de aseguradas que cubre la situación de la mujer trabajadora de no poder proporcionar cuidados materiales durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia mediante el otorgamiento de las prestaciones establecidas en dicho capítulo.⁴²

Estas prestaciones deben proporcionarse tendiendo a cuidar y fortalecer la salud del niño y su buen desarrollo futuro, así como la formación de sentimientos de adhesión familiar y social, la adquisición de conocimientos que promuevan la comprensión y el empleo de la razón y de la imaginación, a constituir hábitos higiénicos y de sana convivencia y cooperación en el esfuerzo común con los objetivos y metas comunes, todo ello de manera sencilla y acorde a su edad y a la realidad social y con absoluto respeto a los elementos formativos de estricta incumbencia familiar.⁴³

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un instrumento impulsor de una sociedad más equitativa; es un derecho de los trabajadores que conlleva la obligación de servir mejor a la sociedad, siendo más eficientes, eficaces y productivos.

Como puede observarse por el breve panorama presentado, es claro que las prestaciones que otorga la salud pública en México, si bien constituyen un esfuerzo muy importante para mejorar, en general, la

⁴² Cf., *Ley del Seguro Social*, Art. 184.

⁴³ Cf., *Ibidem.*, Artículo 185.

calidad de vida de la población, son insuficientes, tanto en cantidad como en eficacia. En el siguiente capítulo se señalarán en qué consisten esas deficiencias y hacia dónde se dirigen las políticas instrumentadas a este respecto.

CAPÍTULO IV

PERSPECTIVAS DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

CAPÍTULO IV

PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

El objetivo de este capítulo es examinar cuál es la perspectiva a futuro de la salud pública en México.

Resulta incuestionable que desde hace dos décadas, México vive una seria problemática económica que ha frenado, en general, el desarrollo del país. Las razones de esta situación son muy variadas, desde la excesiva carga de la deuda, la caída de los precios del petróleo y de otros productos de exportación, hasta fenómenos como la inflación y el desempleo, sólo por mencionar algunas.

La cuestión es analizada con amplitud en el Plan Nacional de Desarrollo de 1983-1988, en el cual, a la par que se reconoce la situación financiera por la que estaba pasando el país, menciona muy claramente que la tarea prioritaria a la que habría de encaminarse la acción nacional para afrontarla no podía ser otra que atender las necesidades prioritarias como son: empleo, educación, alimentación, salud, vivienda, ambiente y calidad de vida; asimismo, en los planes de gobierno posteriores, vuelve a hacerse un diagnóstico de la situación económica del país y a señalarse esas mismas prioridades: las circunstancias cambian ya que el efecto globalizador ha impuesto nuevas exigencias y ha marcado las dualidades, pero las necesidades de la población permanecen.

Como ya se señalaba en el capítulo I de este trabajo, la fundación del actual sistema de salud data de 1943, cuando fueron establecidos

el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), coincidiendo con una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por la industrialización, urbanización, la alfabetización de una amplia clase media, favorecidos por el espectacular crecimiento de las exportaciones durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Es indudable que el país ha cambiado mucho desde entonces y resulta incuestionable también que sus instituciones deben seguir una dinámica similar, hecho que no ha ocurrido, al menos por completo.

La creación del IMSS obedeció a la necesidad de apoyar la industrialización urbana y como instrumento de redistribución del ingreso; por su parte, la SSA tenía como misión asistencial cubrir a la población marginada de la seguridad social, así como llevar a cabo campañas para combatir epidemias y problemas específicos de salud. Sin embargo, estos organismos fueron creados sin mecanismos normativos o estructurales que garantizaran su eficiencia y competitividad. Estas deficiencias empezaron a ser detectables diez años después, mientras que el IMSS, aun a pesar de duplicar su cobertura, atendía en 1960 a 3 millones de personas, la SSA cubría a 23 millones de mexicanos⁴⁴.

En los años sesenta, con tasas de crecimiento promedio del Producto Interno Bruto (PIB) del 6%, fue posible el incremento acelerado de la clase media, asimismo, hubo una mayor oferta de médicos privados debido al aumento en la matrícula de las escuelas y facultades de medicina. No obstante, el sistema no se hizo cargo de esos cambios, ni se reconoció el papel que la medicina privada

empezaba a desempeñar, por lo que tampoco se previó una interacción más abierta entre la medicina privada y la pública.

A partir de 1973, programas como Conasupo, Coplamar y Solidaridad han intentado canalizar recursos del IMSS hacia la población marginada de la seguridad social, poniendo en evidencia la dificultad de coordinar y normar a instituciones tan centralizadas y autónomas como el propio IMSS y la SSA. Por ello, a partir de 1983, los esfuerzos se han encaminado a descentralizar a la SSA que da servicios a la población abierta.

La conformación actual del Sector Salud en México obedece a la estructura de las formas de producción: los trabajadores asalariados en el llamado sector formal de la economía tienen acceso a la seguridad social, el resto de la población recibe atención en instituciones como la SSA. Por lo tanto, quedan al margen de la seguridad social los trabajadores independientes: dentro de este grupo están, tanto los de muy bajos recursos, el sector informal, como empresarios de elevados ingresos, lo que constituye otro problema para implantar un sistema de asistencia social realmente eficiente y, sobre todo, equitativo. Por supuesto, estos grupos pueden acceder a la seguridad social mediante una aportación voluntaria, desgraciadamente, los elevados costos y la complicada maraña de prerequisites han causado que esta opción no represente un papel significativo. Según cálculos del Consejo Nacional de Población, aproximadamente diez millones de mexicanos, pertenecientes a los sectores más pobres de la sociedad, no están cubiertos por el Sector Salud.

⁴⁴ Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, p.4

De acuerdo al Programa de Reforma del Sector Salud, elaborado por la administración del Dr. Ernesto Zedillo, una de las principales fallas del sistema de salud es la insuficiencia de su cobertura, para subsanar esta deficiencia se pretende disminuir la contribución que tiene que hacer el trabajador para acceder a la seguridad social⁴⁵, y que ésta sea absorbida por el gobierno para que, de esta manera, se logre que más personas hagan la aportación voluntaria a la que se hacía referencia anteriormente y, al mismo tiempo, equipararla con la de otros países con los que México compite comercialmente. El problema de la ineficiencia se considera, al menos en parte, causado por la falta de incentivos para el trabajador de la salud; para solucionarlo, a semejanza de otros países, se podría implantar la elección de los usuarios y, mediante un sistema de recompensas, se lograría incrementar la calidad de los servicios de salud.

Hasta aquí, simplemente se han señalado a *grosso modo* problemas que podrían clasificarse como institucionales o de infraestructura. La reorganización estructural del Sector Salud es un objetivo que compete de forma directa al gobierno, sin embargo, la reflexión que se desprende del breve panorama del esquema de salud pública expuesto anteriormente, es que es responsabilidad de toda la sociedad. El que 10 millones de mexicanos no cuenten con ningún sistema de atención a la salud, que otro 9 millones sean atendidos por el programa de Solidaridad y 26 millones más no cuenten con seguridad social y que menos de un 10% de la población total tenga acceso a un seguro médico privado, sí que abre el debate acerca de la

⁴⁵ La contribución a este seguro equivale al 12.5% del sueldo, el 70% corresponde al patrón, 25% al trabajador y 5% al gobierno

equidad del sistema, no sólo económico y político, sino social y, sobre todo, de valores.⁴⁶

En los últimos años principalmente, las dificultades financieras han retardado la perspectiva de mejoramiento real de la calidad de vida de los mexicanos, y a pesar de todos los problemas estructurales, administrativos, operativos, etc., no se puede menos que reconocer los esfuerzos que hace el Instituto Mexicano del Seguro Social para continuar funcionando como una institución social para mantener en óptimos niveles la atención de la salud de los trabajadores.

La población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social no descendió dramáticamente como pudiera creerse, sino que incluso, durante el año de 1987, su aumento pudo mantenerse "por encima del crecimiento de la población total del país y de la económicamente activa"⁴⁷

Por su parte, la población asegurada durante el período 1990-1995, fecha en que se realizó el último censo de población, creció en 6.12%, mientras que la población total y la económicamente activa crecieron en 12.20% y 43.25% respectivamente, como puede observarse en el siguiente cuadro:

⁴⁶ *Ibidem.* Poder.....

⁴⁷ Memoria Estadística Institucional. Op.Cit., México:1996

CUADRO 12
POBLACIÓN AMPARADA POR EL IMSS

	Variación			
	1990	1995	Absoluta	Relativa
Asegurados IMSS	9,528,925	10,112,018	583,103	6.12%
Población Económicamente Activa	34,937,347	50,045,901	15,108,645	43.25%
Población Total del País	81,249,645	91,158,290	9,908,645	12.20%
Derechohabientes	22,464,715	18,638,135	-3,826,580	-17.03%

Fuente: IMSS, Memoria Estadística Institucional, 1996.

Durante diciembre de 1988, al inicio del sexenio presidencial del Lic. Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), la población asegurada creció un 0.044 por ciento, entendiéndose ese crecimiento como "una clara confianza hacia su administración"⁴⁸.

Es cierto que el aumento en la población asegurada del IMSS admite una doble lectura: los recursos puestos a disposición por el IMSS pueden haber motivado que más trabajadores se afiliaran al Seguro, si fuera el caso de una época de crecimiento sostenido, podría pensarse que, efectivamente, el empleo aumentó lo mismo que el PIB.

Sin embargo, desgraciadamente no es tan fácil ser optimistas en este caso, el aumento en la población asegurada del IMSS puede deberse, por lo menos, a dos factores distintos del crecimiento

⁴⁸ Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos 1995-1996. México: 1997

económico: 1) la privatización de las paraestatales con el consiguiente desplazamiento de personas aseguradas por el ISSSTE hacia el IMSS⁴⁹; examinando los porcentajes de los trabajadores amparados por el ISSSTE en los años 1993-1997, éstos permanecen prácticamente constantes, alrededor de un 6%, pero sí mostrando una decidida tendencia a la baja y proyectándose hacia un nivel de 5.89% en el año 2000. 2) Frente a las agudas crisis económicas, los pequeños y medianos empresarios, sobre todo, que en épocas de mayor bonanza asistían a un médico privado han tenido que hacer uso de la Seguridad Social; por otro lado, el fenómeno del encarecimiento de la medicina ha empujado cada vez a mayores sectores de la población al uso de la Seguridad Social, y que es debida a diferentes causas: a) progreso tecnológico, con máquinas cada vez más sofisticadas; b) transición epidemiológica, en donde, por supuesto, el caso típico es el del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyo tratamiento es mucho más caro que el de las enfermedades tradicionales (en México infecciones intestinales, sobre todo); c) cada vez más frecuentemente, cirugías innecesarias; d) el asedio legal que todavía no es tan acostumbrado en México como en los países desarrollados, pero que casi con seguridad formará parte importante del escenario de la medicina en años venideros.

Dada la situación económica del país y la "nueva medicina", es innegable que el sistema de Salud Pública seguirá siendo el protagonista de la atención a la salud por mucho tiempo todavía, por eso es necesario e impostergable que sus políticas no sean dirigidas meramente a la publicación de estadísticas y a "curar" enfermedades, sino que vayan emparejadas con los cambios de escenario que enfrentan.

⁴⁹ Dirección General de Planeación Hacendaria, SHCP. México:1998

4.1 Evolución de la Salud Pública.

Durante la evolución de la salud pública se han identificado tres grandes hechos de carácter casi axiomático, que permiten analizar a la enfermedad como un proceso colectivo y entender el carácter multidisciplinario que requiere una nueva salud pública.

- El primero se refiere a que la presentación de las enfermedades no sigue un patrón uniforme.
- En segundo lugar, la salud pública ha mostrado que toda sociedad organizada establece, de manera sistemática, una forma de respuesta ante la enfermedad y la muerte.
- El tercer elemento, apenas recientemente reconocido, se refiere a la intersectorialidad de la salud; ahora se sabe que la salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción que involucra a las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad, de manera tal que su área trasciende los límites habituales de lo que suele denominarse el sector salud.

En consecuencia, para la nueva salud pública es indispensable y apremiante emprender todos los esfuerzos posibles para identificar las causas de las enfermedades; adecuar el sistema de salud a las necesidades de la población; concertar la participación multisectorial para abatir las condiciones de vida desfavorables para la salud y viceversa; y para elaborar predicciones de alta calidad que permitan

aprovechar al máximo, ahora y en el futuro, los escasos recursos disponibles para la atención de la salud.

La nueva salud pública, para lograr una efectiva confluencia multidisciplinaria, consolidar un quehacer científico riguroso y plenamente reconocido y ampliar su base de reproducción, creando profesionales plenamente identificados y capaces de contribuir efectivamente al mejoramiento de la salud poblacional, debe trascender sus antiguos problemas y limitaciones, a saber:

- Por una parte, es necesario ir más allá de la práctica de un sanitarismo reduccionista que, por ignorancia, atiende solamente a los aspectos inmediatos de la expresión de la enfermedad, trascendiendo también, el énfasis en el diseño y operación de programas de vigilancia y control que pasan por alto los requerimientos políticos y culturales que determinan su impacto.
- En segundo lugar, se requiere ir más allá de la práctica de una administración acartonada y obsoleta de los servicios de salud, para entrar en una era de creatividad, basada en el entendimiento de las virtudes y limitaciones que tienen las intervenciones disponibles para reconfigurar continuamente los servicios bajo criterios de equidad, efectividad y eficiencia.
- Finalmente, es indispensable eludir el espejismo de la simpleza; la salud y la enfermedad son el resultado de procesos muy complejos y el hallazgo de una asociación estadísticamente significativa, la medición simplificada de los niveles de salud y las explicaciones

basadas en posturas ideológicas, suelen producir más confusión y conflictos que auténticos beneficios.

El gran reto para consolidar a la nueva salud pública es ampliar las perspectivas del entendimiento, a contracorriente de la tendencia a fragmentar el saber, con respeto a la pluralidad, pero manteniendo celosamente la capacidad para criticar y aceptar las críticas fundadas y constructivas de los demás.

4.2. La transición liberal y la Salud Pública en México.

La propagación a escala mundial de la globalización y su ideología, que conlleva implícitamente no sólo la internacionalización de la producción y el comercio, sino también el deseo de una economía mundial autorregulada, libre de todo tipo de controles sociales y políticos, ha cuestionado fuertemente los principios fundamentales de los sistemas de seguridad social establecidos después de un siglo de intensas, y muchas veces cruentas, luchas del movimiento social y de las diferentes corrientes sindicales.

La crisis económica, la recesión y el adelgazamiento de las finanzas públicas, dificultan el mantenimiento presupuestal de los programas sociales en diferentes países. En Canadá y Estados Unidos, los dos socios de México dentro del TLCAN, se han cortado permanentemente los presupuestos de los programas de seguridad social, de salud, de empleo, y de servicios de las minorías étnicas, lo que empuja al desempleo, a la marginación y al empobrecimiento de importantes capas de la población. La vieja promesa del pleno empleo, se ve más lejos que nunca.

En lugar de abrirse a la creatividad para adoptar las mejores medidas progresistas, tanto de orden interno, como mediante la cooperación entre los estados, a fin de lograr la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos, los grupos conservadores han optado por la salida fácil de declarar la guerra a lo que llaman peyorativamente el modelo del "Estado Benefactor".

A nivel mundial se impulsa hoy un proceso de reformas conservadoras y privatizadoras de los sistemas de seguridad social. El modelo de economía de libre mercado intenta equivocadamente cambiar los sistemas de salud y de seguridad social, para establecer un nuevo régimen en manos de la iniciativa privada, a manera de empresa rentable, con débiles principios de justicia social y como único centro de motivación la ganancia.

A cambio del supuesto Estado Benefactor, el nuevo modelo propone una especie de Estado Desobligado, un sistema en donde los servicios de salud y seguridad son para quien mejor los pague y no para quien más los necesite, un sistema deshumanizado que magnifica la desigualdad de las personas.

En el actual sistema económico y político el enfermo no tiene ya cabida, "asistimos a la estricta objetivación de la existencia humana regida por leyes científicas"⁵⁰, la medicina actual se interesa en la enfermedad, no en el enfermo y aún más: "la medicina se tornó aliada indispensable del sistema económico y político, produciendo los indicadores sociales que definen sus límites al mismo

⁵⁰ Chauvenet, Antoinette. *La gestión de los cuerpos*. Editorial Taurus, México, 1995

tiempo que su legitimidad"⁵¹. En México hay muchos ejemplos de esto: tal vez el más representativo es el de la política demográfica, impuesta por organismos internacionales. El paciente es meramente estadística, su bienestar físico, psíquico y social no importa; de la discusión de la salud pública se ha excluido al sujeto.⁵²

4.2.1. El imperativo de la modernización y el peligro del rezago.

En México, el Sistema de Seguridad Social tendrá que actualizarse eficientemente en dos sentidos:

- asegurar la satisfacción de la demanda de servicios de jubilación que aumenta de manera crítica cada año y,
- mejorar la calidad de los servicios.

De no hacerlo, el país enfrentará grandes rezagos en materia de desarrollo humano.

4.2.2 El Índice de Desarrollo Humano.

A partir de 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) calcula cada año el nuevo "Indicador de Desarrollo Humano" (IDH). Las enormes limitantes de las cifras del PIB en la evaluación del nivel de bienestar social, tratan de ser cubiertas por el IDH que incluye en su determinación: el nivel de salud representado por la esperanza de vida al nacimiento; el nivel de instrucción representado por la tasa de alfabetización de los adultos y la media de años de estudio; y el ingreso representado por el PIB por habitante después de

⁵¹ *Ibidem*, La gestión.....

⁵² La Organización Mundial de la Salud define a la salud precisamente como "completo bienestar físico, psíquico y social"

una doble transformación que toma en cuenta las diferencias del poder de compra de un país al otro y del hecho de que los ingresos no aumentan el bienestar de una manera lineal.

El informe de desarrollo humano de 1998 examina el consumo desde la perspectiva, precisamente, del desarrollo humano que permita satisfacer las necesidades de toda la población. Parte de la consideración de que el consumo ha crecido en el siglo XX a un ritmo sin precedentes; sin embargo, para que este aumento en el consumo sea beneficioso debe ser compartido, fortalecedor y socialmente responsable, es decir, sostenible y, por otro lado, señala que el problema no ha sido el consumo en sí sino las pautas del mismo: el 20% de la población de los países con mayor ingreso consume el 86% del consumo privado, mientras que el 20% de la población más pobre consume el 1.3%. En cuanto a los servicios modernos de salud, la quinta parte de la población mundial no tiene acceso a ellos⁵³.

Toma en cuenta aspectos como los conflictos armados que destruyen años de progreso al dañar infraestructura social, causar muertes de niños, costos de reconstrucción, etc., así como la epidemia del VIH/SIDA cuya magnitud tiende a ser minimizada y hasta, a veces, ignorada.

Si bien este índice no cubre todos los aspectos a los que se podría llamar bienestar (por ejemplo, no incluye referencias sobre vivienda) sí constituye una buena aproximación, ya que se centra en la gente y considera que el crecimiento económico y el mayor consumo no constituyen fines en sí mismos sino un medio para lograr el desarrollo humano. Es decir,

⁵³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 1998*. Mundi-Prensa Libros, S.A. Madrid: 1998

se centra en la humanización de las prioridades del desarrollo y no en los cambios en el PIB o en el rendimiento del mercado de valores.

Canadá, Francia, Noruega y Estados Unidos ocupan los primeros lugares del IDH, México ocupa el número 49 con un valor de .855 del IDH⁵⁴. Es de destacarse que los primeros lugares en el IDH, los ocupan los países que cuentan con los mejores programas de Salud y Seguridad Social. Algunos de los programas canadienses, incluso, han sido tomados como modelo por otros países desarrollados, tal es el caso del régimen único y universal de carta de salud, copiado casi a la línea en el proyecto del presidente Clinton en los EUA. En el mismo sentido, varios de los programas de Seguridad Social desarrollados en Suecia y Noruega, han sido tomados como modelos a importar y a adaptar en numerosos países industrializados y en vías de desarrollo.

Paralelamente al IDH, se calcula el Índice de Pobreza Humana (IPH) que refleja la distribución del progreso y mide el retraso que aún existe. El IPH para los países en desarrollo (IPH-1) mide el porcentaje de personas que morirán antes de los 40 años, el porcentaje de adultos analfabetas y la privación del aprovisionamiento económico general (porcentaje de la población sin acceso a salud y a agua potable, porcentaje de niños menores a 5 años con peso insuficiente). El IPH para países industrializados (IPH-2) tiene una dimensión adicional al anterior: la exclusión social, mide: el porcentaje de personas que morirán antes de los 60 años, el porcentaje de adultos con insuficiente capacidad de leer o escribir, el porcentaje de la población que cuenta con un ingreso disponible inferior al 50% del promedio y la proporción de desempleados de largo plazo (12 meses o más).

Se utilizan dos índices porque el uso de un límite internacional de la pobreza podría ser engañoso como resultado de las variaciones en lo que se define, para cada país, como productos esenciales. Por ejemplo, en los países en desarrollo casi el 80% del ingreso se utiliza en la alimentación, ya que, a menor ingreso del hogar, mayor la proporción gastada en alimentación y energía y menor la proporción gastada en transporte, salud y educación.

En cuanto al IPH-1, México ocupa el lugar número 7, lo que lo sitúa comparativamente mejor que en cuanto al IDH. Sin embargo, hay disparidades profundas entre pobres y ricos, hombres y mujeres,

Como puede observarse, la pobreza es un fenómeno multidimensional que significa la inaccesibilidad a las oportunidades y opciones más básicas del desarrollo humano.

La importancia del *Informe sobre desarrollo humano 1998*, radica en que se hace hincapié en el consumo pero puntualizando que éste sólo contribuye al desarrollo humano cuando amplía la capacidad de las personas de vivir largo tiempo y bien, sin afectar negativamente el bienestar de los otros, valorando la vida humana por sí misma.

Señala también la necesidad de complementar la información del consumidor con educación pública, para que éste sepa tanto de los beneficios como de las consecuencias negativas de su elección; dotando a la familia de un papel fundamental para determinar la

⁵⁴ *Ibidem*. *Informe sobre desarrollo*.....

capacidad de los individuos de utilizar bien sus opciones con el objeto de vivir una vida plena y satisfactoria; acota, asimismo, los efectos negativos que el consumo puede tener cuando se usa en pro de la rivalidad social, cuando se ejerce presión para el consumo de "bienes de prestigio" lo que conlleva al endeudamiento y el subsecuente sacrificio de bienes esenciales, conduciendo a la exclusión social; y, lo más importante, el recalcar que los vínculos entre desarrollo humano y consumo no son automáticos ni son siempre positivos.

Aparte del consumo, hay otras restricciones que limitan las opciones del pobre para satisfacer sus necesidades básicas: la falta de acceso a los bienes públicos (entre los que están, desde luego, la salud y seguridad social); el fracaso del mercado para abastecer de bienes a los pobres, ya que los incentivos del mercado para la innovación son mucho más fuertes respecto de los productos para gente rica que para gente pobre y existe la misma correspondencia entre bienes socialmente negativos y aquellos socialmente positivos; las relaciones de poder en el interior del hogar; deficiencias en comunicaciones y transporte.

El reto para los países en desarrollo consiste en aumentar el crecimiento en el consumo para eliminar la pobreza pero de una manera racional en cuanto al ambiente y, sobre todo, en lo que se refiere a las pautas de consumo y al estilo de vida. Se ha visto tradicionalmente un aumento en el consumo de los artículos de lujo aparejado con el aumento en el ingreso y del ahorro; sin embargo, las presiones ejercidas por los medios han causado también que se sacrifique tanto el ahorro como el consumo de bienes esenciales en

pos de símbolos visibles de posición social, reflejo esto último de un sistema de valores en el que se asigna más importancia a lo que una persona posee que a lo que es o puede hacer. Esto ha causado que, actualmente, se haya revertido la tendencia: el consumo de bienes de lujo ha aumentado más rápidamente que el de los bienes necesarios y este nuevo poder social del consumo ha llevado a la exclusión, agudizada por la globalización que, si bien ha integrado los mercados de consumo, ha dejado al margen a aquellos cuyo ingreso no ha aumentado al mismo ritmo.

De acuerdo a este panorama y a la concepción de que la gente debe hallarse en el centro de la visión y las prioridades concentrarse en aumentar las oportunidades y la capacidad humana de todos, el *Informe sobre desarrollo humano 1998* señala varios objetivos:

- 1) Establecimiento de pautas de consumo sostenibles ambiental y socialmente;
- 2) Fortalecimiento de sociedades equitativas sin líneas divisorias agudas de exclusión;
- 3) Creación de opciones de consumo que permitan una amplia diversidad de actividades y estilos de vida, que estimulen la creatividad y la sensibilidad;
- 4) El logro de una población educada y bien informada, impulsada por valores humanos, no por la adquisición material ni por los dictados del mercado;
- 5) Promoción de la ampliación de oportunidades para que la gente escoja y determine la vida que vivirá y de

participar en las decisiones clave que la afectarán con su familia, en un contexto de libertad y democracia;

- 6) Consecución de un mundo sin extremos de pobreza y privación.

Por supuesto, los seis puntos anteriores podrían parecer la utopía de cualquier sociedad, sin embargo, el señalar objetivos que van mucho más allá de las variables macroeconómicas, sí da idea de un cambio de concepción donde hay lugar para la solidaridad y el regreso a valores tradicionales. Dicho informe señala también seis metas para disminuir la pobreza a escala mundial:

- a) Potenciar a hombres y mujeres para asegurar su participación en las decisiones que afecten sus vidas.
- b) Lograr la igualdad de género para potenciar a las mujeres y erradicar la pobreza.
- c) Fomentar el crecimiento favorable a los pobres en todos los países y un crecimiento más rápido en unas 100 economías en desarrollo y en transición en que el crecimiento ha experimentado problemas.
- d) Gestionar la globalización cuidadosamente, con mayor preocupación por la equidad a escala mundial.
- e) Crear una atmósfera política propicia para asegurar un amplio apoyo y alianzas en pro de políticas y mercados favorables a los pobres.
- f) Prestar apoyo internacional especial a los países en situaciones especiales a fin de disminuir rápidamente la deuda de los países más pobres, aumentando su

participación en la ayuda y abrir los mercados agrícolas para sus exportaciones.

Resulta importante también el señalar que se reconoce la insuficiencia del mercado, el cual necesita regulación: se necesitan medidas para controlar el surgimiento de la especulación financiera; para reforzar la situación de negociación de los países más pobres y débiles; para facilitar la afluencia de capital privado; se precisa, también, mitigar la deuda y ayudar a los países más necesitados.

Concluyendo, si bien el Índice de Desarrollo Humano no representa completamente el bienestar de las personas, sí constituye una buena aproximación al integrar algunas de las aspiraciones básicas de todo ser humano: salud, educación e ingreso y, al tomar en consideración aspectos de la vida que van más allá de las meramente materiales: contexto familiar, relaciones de género, etc..

4.2.3. El nuevo modelo de desarrollo en México.

Durante los sexenios de Miguel de la Madrid y de Salinas de Gortari se consolidó la transición liberal en el campo de la Seguridad Social, en esos doce años varios programas del Instituto Mexicano del Seguro Social, del ISSSTE, de la Secretaría de Salud, del DIF y de otros relacionados con la seguridad y bienestar social, experimentaron un notable deterioro presupuestal que redujo sus alcances y posibilidades.

El gobierno de Salinas de Gortari abandonó los programas sociales de fondo, a cambio introdujo el programa de Solidaridad, al que numerosos analistas le atribuyeron ciertos fines de propaganda

electoral. Una vez agotados los recursos de la venta de las paraestatales, el programa de Solidaridad redujo también sus posibilidades presupuestales.

La carencia de un proyecto global de fondo en el área social, las dificultades económicas y la devaluación de la moneda, han conducido al país a una grave crisis económica y social, que ha empujado a la extrema miseria a 23 millones de mexicanos, que ha dejado en el desempleo a más 8 millones de trabajadores, que ha reducido el salario y el poder adquisitivo, que ha castigado con la desnutrición clínica a más del 35 por ciento de la población infantil y que ha lesionado substancialmente los servicios médico-sanitarios.⁵³

4.2.3.1. Revalorizar la importancia de la Seguridad Social.

Los servicios públicos mexicanos han representado siempre una herramienta primordial para el desarrollo económico y social del país, particularmente en torno a la accesibilidad a los servicios de salud, la seguridad social y la educación. Sin duda que el desarrollo de los programas sociales ha tenido un impacto determinante sobre la calidad de vida de la población.

En un contexto de restricción de recursos, la calidad de vida alcanzada corre serios peligros de deterioro. En condiciones de crisis es necesario proteger el empleo, mantener la calidad, la accesibilidad e incluso mejorar y desarrollar los servicios sociales, esto exige un doble esfuerzo.

⁵³ INEGI. *Conteo de población y vivienda 1995*

4.2.3.2. La necesidad de una reforma progresista y revolucionaria.

Para mantener y avanzar en los programas históricos de la seguridad social mexicana, es necesario el establecimiento de un escenario global que les sea favorable, un escenario en el que tendría un peso de primer orden, el establecimiento de un nuevo marco legislativo general, la modernización de las finanzas de la Seguridad Social, el mejoramiento y la ampliación de los servicios médicos, todo ello requiere en resumen, de la realización de una reforma integral de la Seguridad Social en México.

4.3. La incorporación del gran capital privado en el Sector de Salud Pública en México

En la mayoría de los países latinoamericanos en los últimos años se han observado recortes drásticos del gasto fiscal y en específico, del gasto social del Estado, lo que ha generado la descapitalización de los servicios públicos, en especial los de educación y salud.

Otra consecuencia importante de la crisis de los ochenta y que se expresa con mayor profundidad y rapidez que antes, es la presencia de numerosos conflictos laborales localizados en las instituciones públicas de salud. Estos conflictos están relacionados con las restricciones en los recursos lo que afecta directamente a las remuneraciones de los trabajadores de dichas instituciones haciendo que se produzca una fuga del personal más capacitado, desde el sector público hacia el privado siendo éste último el que mejor remunera.

Otro hecho que la crisis pone de manifiesto con crudeza, son las crecientes desigualdades entre los distintos grupos y sectores sociales, en términos de su acceso a los servicios de atención en salud y el tipo y calidad de los mismos. Ello es consecuencia directa del desarrollo divergente de los tres subsectores de salud existentes en México.

El sector salud mexicano en general está dividido en tres subsectores, el paraestatal de seguridad social, el estatal público y el privado. Estos subsectores atienden a diferentes grupos poblacionales.

- El subsector de prestación de servicios públicos se encuentra hoy en día en proceso de descentralización y se financia con impuestos y cuotas pagadas al momento del uso del servicio.
- El subsector privado se financia con el pago por el servicio y éste es de acceso abierto para quien pueda pagarlo. Según fuentes oficiales (SSA), entre el 4 y el 20% de la población acuden a este servicio, o entre el 30 y el 38% (según las encuestas de uso del servicio).
- El subsector privado de la salud en México ha crecido paralelamente al público. Sin embargo, y a pesar de ello, no hay información suficiente y la que hay es muchas veces contradictoria. El sector privado proporciona todo tipo de servicios, desde la consulta externa hasta la atención hospitalaria de tercer nivel.

Existe una caracterización de los distintos grupos de población que son atendidos por el subsector privado de la salud.

- En primer lugar, están los grupos que disponen de recursos necesarios para pagar los servicios de alta complejidad y que tienen un seguro médico privado. Este grupo representa un 9% de la población.

- Un segundo grupo, compuesto por los derechohabientes de las instituciones de la seguridad social. Este grupo utiliza la consulta externa privada. Un tercer grupo sería la población con bajos ingresos y sin seguridad social que representa un 30% de la población total.

- Por último, estaría la población de extrema pobreza y que representa el 20% del total de la población general y que no tiene cobertura de servicios. Los datos anteriores revelan que aproximadamente un 50% de la población mexicana no acude a ningún tipo de servicio de salud o no tiene atención de salud del todo.

La ubicación geográfica de los servicios privados está localizada, en su mayoría, en los centros urbanos con mayor concentración industrial y por ende más desarrollados. Por otra parte, los servicios médicos localizados en los pueblos y zonas geográficas de baja densidad poblacional, bien comunicados y de carácter rural en su mayoría presentan altos grados de precariedad. Esta modalidad se combina con los servicios impartidos por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), las cuales organizan diferentes actividades como son las de capacitación, preventivas y curativas, principalmente.

El proceso de privatización como parte de la política del Estado, en lo que se refiere al sector salud, está en sus inicios. Sin embargo, Laurell y Ortega señalan varias modalidades de privatización, ellas son: pago por el servicio público; proposiciones de subrogación de los servicios auxiliares; formas gerenciales de administración y financiamiento; venta de activos o de servicios y sobre todo se observa un crecimiento acelerado de la atención privada amparada por los seguros médicos privados. Las distintas modalidades de privatización de los servicios de salud no se presentan de la misma manera en la sociedad mexicana y tienen un peso distinto en cuanto a su desarrollo y tendencias.

En cuanto a la introducción o aumentos de cuotas por servicios el caso más importante en esta modalidad es el presentado por los Servicios Médicos del Departamento del D.F., el cual está dirigido a la población de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Estos servicios eran de carácter gratuito antes de 1987 y en cuanto a su especialización se dirigían hacia la atención de la población infantil a través de los hospitales infantiles y de traumatología. Aquí se han instrumentando las llamadas cuotas de recuperación, lo que ha incrementado considerablemente el cobro de las consultas externas, de laboratorios, de rayos X y demás servicios impartidos. Pareciera que detrás del cobro de las cuotas está la intención de incrementar también el autofinanciamiento de los hospitales públicos pasando una parte de los costos a los usuarios.

La práctica de la subrogación de servicios fue anunciada en 1991 y se refiere a la subcontratación de los servicios de limpieza, lavandería y cocina por el Instituto Mexicano de Seguro Social y los Servicios Médicos de Pemex. Esta medida tiene la finalidad de bajar los costos usando la ventaja comparativa en cuanto a menores salarios y prestaciones a pagar a los contratistas. Esta medida ha ocasionado conflictos con los trabajadores de planta a quienes correspondía ejercer estos oficios, por ahora se postergó su continuación hasta que las condiciones sean favorables para seguir adelante.

La venta de servicios o activos al sector privado significa el retiro del Estado de la prestación de servicios otorgándolos en concesión a la empresa privada por medio de licitaciones abiertas. Esta modalidad, por ahora no pasa de ser una proposición de un sector empresarial que expresa una ideología antiestatista.

La atención médica amparada por seguros privados es la modalidad más importante. Las dos primeras modalidades señaladas no cambian la relación entre el subsector privado y el público, ya que este último sigue teniendo el papel predominante en la prestación de servicios de salud. En cuanto a las dos últimas clases, parece como que éstas no cuentan con la suficiente fuerza política necesaria para imponerse o más bien cuentan con suficientes resistencias por parte de las diferentes fuerzas y actores involucrados.

El objetivo central del proceso de privatización de los servicios de salud en México es resolver los problemas de la salud de la manera más radical y políticamente menos conflictiva; para ello, el Estado le

ofrece a la iniciativa privada un mercado rentable y garantizado. Por lo tanto, el proceso de privatización de los servicios de salud en México es selectivo y consiste en transferir grupos, anteriormente atendidos por la seguridad social, al sector privado por la vía de los seguros médicos privados, individuales o colectivos. Esta tendencia podría parecerse a la chilena, la cual se basa en la obligatoriedad de aseguramiento, pero con un sistema dual de seguros y prestación de servicios. Uno basado en seguros médicos y producción de servicios privados dirigido a los grupos de mayor poder de compra, y otro, apoyado en el esquema actual de seguro y producción de servicios paraestatales.

Se considera a esta modalidad la más importante, porque significa una redefinición conceptual de las bases de la política social y más específicamente de la política sanitaria. Aquí se transita del paradigma del Estado de Bienestar a otro de corte liberal, que encarga al sector privado a resolver las necesidades sociales, es decir que el Estado pasa al paradigma asistencialista o caritativo.

El motor de este proceso es la descapitalización y deterioro de la seguridad social y la presentación ante la sociedad de una oferta de solución individualizada.

4.3.1. El Instituto Mexicano del Seguro Social en la etapa de transición económica.

El objetivo de este inciso es estudiar al Instituto Mexicano del Seguro Social en la etapa de Transición Económica.

Para 1989, sin dejar de reconocer la continuidad de múltiples problemas sociales y económicos, a México no le quedaba más que ver su futuro con un "moderado optimismo".

Moderado optimismo, porque precisamente en la lucha contra las dificultades, el país ha encontrado un estímulo y una razón para continuar con su actividad productiva.

Mediante los pactos de solidaridad para la estabilidad y el crecimiento económico, los mexicanos están comprobando que en la solidaridad entre los sectores que conforman a toda la nación, se encuentra la solución para volver a retomar la ruta del desarrollo del país.

Esta es una realidad que el Instituto Mexicano del Seguro Social descubrió en su propio seno desde hace ya muchos años, puesto que desde el momento mismo de su nacimiento, lo ha conducido su marcha continua y ascendente, y ha sido precisamente la permanente interacción de los tres sectores que por Ley integran sus órganos superiores de gobierno.

La interacción entre pasado y futuro: eso es lo que conforma a la marcha del país en los próximos años venideros.

De dicha interacción habrá de resultar la actividad del Seguro Social para que capture la idea original que motivó su orientación

revolucionaria y, al mismo tiempo, la proyecte hacia el nuevo siglo y el nuevo milenio.

México se encuentra inmerso en un profundo proceso de cambio. Este proceso, al que se ha identificado con la modernización, es producto de múltiples condiciones, algunas de orden interno y otras externas.

El cambio ha requerido de numerosas decisiones en lo económico, político y social. Todas ellas han tenido como objetivo la modernización del país y sus instituciones, y se han dado no sólo sin pasar por alto, sino tratando de fortalecer los principios fundamentales de los mexicanos: la soberanía, la vida democrática y la justicia social.

El proceso que ha vivido nuestra sociedad durante los últimos años ha tenido como objetivo promover el progreso social para mejorar así las condiciones de vida de todos los mexicanos, en particular las de aquellos grupos con los que se busca y pretende alcanzar mejores niveles de salud, educación, justicia y bienestar social.

Resulta evidente que para lograrlo deben conjugarse muy diversos elementos: se requiere de una sociedad más solidaria, de mejores fórmulas para distribuir con equidad la riqueza social que se produce mediante el trabajo de los mexicanos.

La modernización implica también un cambio tecnológico que busca la mejoría de los procedimientos, con la intención de superar la calidad y la productividad en todas las áreas del quehacer humano. Pero tiene, sobre todo, el objetivo de que la sociedad cuente con mayores niveles en su calidad de vida.

También se busca contar con mejores indicadores económicos y sociales, pero muy por encima de esto, lo que se pretende es una mejoría perceptible en las condiciones de vida de todos los mexicanos.

Por otras razones, la modernización no es asunto transitorio ni tema de sólo algunos, más bien, se ha constituido en requisito indispensable para que las sociedades encuentren el camino de participación en el convenio de las naciones.

La participación de la seguridad social en la mayoría de los niveles de salud y bienestar de la población es indiscutible.

La labor cotidiana que se realiza en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social es en verdad impresionante y constituye un motivo de orgullo de los mexicanos, además de tener un impacto directo e inmediato en la calidad de vida de los individuos y de la colectividad.

En todo momento se ha tenido claro que para alcanzar esos objetivos se debe contar con la participación decidida de la sociedad, al tiempo que resulta indispensable utilizar toda su capacidad y con eficacia los recursos disponibles, en particular la infraestructura con que se cuenta.

Durante el gobierno de la administración pasada (1988-1994), en materia de seguridad social, es posible reconocer los siguientes compromisos:⁵⁶

1. Promover el desarrollo de mecanismos innovadores que favorezcan el acceso a la seguridad social;

2. Utilizar de la mejor manera posible la infraestructura instalada en el Instituto Mexicano del Seguro Social;
3. Revisar el sistema de pensiones existentes en el país;
4. Mejorar la calidad de vida de los pensionados y jubilados, y fomentar el compromiso social para este grupo de la población, así como explorar mecanismos que permitan su reincorporación social, aprovechando su experiencia y conocimientos;
5. Instrumentar acciones que promuevan el bienestar de la población, que protejan la capacidad adquisitiva de su ingreso y que favorezcan su desarrollo pleno.

Estos compromisos quedaron integrados en el Programa Nacional de Salud 1990-1994, que señala el hecho de que. “la seguridad social hace posible el objetivo de atender el bienestar de los trabajadores y sus familias en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, al tiempo que cuenta con medios para proteger su poder adquisitivo y garantizar apoyos financieros en caso de enfermedad, accidentes de trabajo, jubilación, cesantía y muerte”.⁵⁷

México necesita modernizarse para empezar con confianza el inicio del siglo XXI. La modernización deberá proyectarse hacia mejores niveles de vida para todos los mexicanos, y no podrá menos que contarse con la experiencia representada por 53 años que tiene los sistemas nacionales de seguridad social de estar operando en la vida de la población.

⁵⁶ Cf. Lic. Carlos Salinas de Gortari, *Discurso como Presidente Electo*, 12 de noviembre de 1988, Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social.

⁵⁷ Ley del Seguro Social., México, 1993, p. 119

Ante esta necesidad surgió el Plan 1995-2000 en materia de salud pública, mismo que en líneas generales pretende mejorar la impartición de salud a toda la sociedad, a través de crear mayores centros de salud, disponer de mayor apoyo financiero a las instituciones que ya existen (IMSS, ISSSTE, etc), y, sobre todo, pretende realizar un seguimiento a las instituciones de salud pública para que no se burocraticen y sean más eficientes, para el logro de un mejor servicio y por ende para que las necesidades del usuario sean cubiertas a satisfacción.

4.4. Análisis de la situación actual de la Salud Pública en México

A fines de 1995, el gobierno mexicano definió un Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND), en el cual la salud es una línea de acción que forma parte de desarrollo social. El PND declara luchar por la equidad para que el progreso económico se traduzca en progreso social para todos. El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 propone cuatro objetivos para modernizar el sector salud:

- Establecer instrumentos para promover la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.
- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y participante de la economía informal.
- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.

- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo⁵⁸.

El programa fue producto de un proceso de consultas tanto a nivel popular (formando parte de los Foros Nacionales de Consulta Popular), como técnico (más de 200 reuniones de trabajo de las distintas comisiones que conforman el Consejo Nacional de Salud). También se incluyeron propuestas surgidas del Gabinete de Salud y de la Comisión Interministerial que lo apoya, bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República.

4.4.1. Los contenidos de la Reforma Sanitaria.

El ordenamiento jurídico está basado principalmente en dos Leyes generales, revisadas y actualizadas periódicamente: la Ley General de Salud y Ley del Seguro Social. En 1996, el Congreso aprobó un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que entraron en vigencia en julio de 1997. La Ley General de Salud sienta las bases para llevar a cabo la descentralización y establecer distribución de competencias entre Federación, Estados y Municipios. En 1997 se aprobó la introducción de 52 reformas a la Ley General de Salud para hacer más efectiva la desregulación en materia sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos, así como precisar la competencia de la Secretaría de Salud (SSA) en el control de células humanas y productos biotecnológicos,

⁵⁸ Fuentes, Mario Luis. *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. Ediciones del Milenio, 1ª edición. México:1998. p.705

principalmente. Se estima que el 90.7 % de población tiene acceso a servicios de salud.⁵⁹

Los trabajadores asalariados de la economía formal reciben atención de salud en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); los funcionarios al servicio del Estado, federales o estatales, están cubiertos por varios institutos de Seguridad Social, siendo el principal el Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Existen, además, los servicios sanitarios de Petróleos Mexicanos (PEMEX) para los trabajadores de esa empresa paraestatal, y los servicios de salud de las Secretarías de la Defensa Nacional (SEDENA) y de Marina (SEMAR). La población al margen de la Seguridad Social (SS) y los desvalidos reciben atención en los establecimientos de la SSA y son beneficiados por el programa IMSS - Solidaridad, que opera en determinadas regiones.

Cerca de 10 millones de personas no tienen acceso regular a servicios de salud, aunque las vacunaciones y algunas otras prestaciones de salud pública, así como las medidas sanitarias en casos de emergencia sí tienen cobertura nacional.⁶⁰

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) está orientado esencialmente a la población indígena y rural. Su objetivo es incrementar la cobertura en el primer nivel de atención y en su primer año de ejecución alcanzó a 4 millones de personas que viven en 11 estados. En 1997 se está extendiendo para llegar a cubrir a 6 millones

⁵⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios económicos de la OCDE. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud. México, 1998.

de personas en 18 estados. El PAC consiste en la prestación de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), financiado con fondos federales asignados de un préstamo del Banco Mundial destinado al sector social. Las 12 intervenciones del PABSS son: saneamiento básico a nivel familiar; manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar, tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; distribución de métodos anticonceptivos; atención prenatal, del parto y puerperio; prestación de primeros auxilios; formación de comités de salud.

Para ampliar la cobertura en zonas urbanas, se está propiciando la incorporación al IMSS de familias sin economía formal, mediante el pago de una cuota módica, adquiriendo el derecho a la atención de salud de toda la familia. Igualmente, el IMSS ha decidido abrir la posibilidad de que trabajadores afiliados, si lo desean, se atiendan en establecimientos de salud de otras instituciones, públicas o privadas, mediante un procedimiento aún no regulado denominado "reversión de cuotas", conservando el IMSS la función recaudadora de fondos aportados por los trabajadores y empleadores. Los cambios en la prestación de servicios de salud del IMSS se desarrollarán paulatinamente, cuando entre en vigor la nueva Ley de Seguridad Social. Esta modalidad de afiliación voluntaria tiene importancia en la estrategia para extender la cobertura dado que - de acuerdo a las

⁶⁰ Ibidem.

estimaciones oficiales - el número de afiliados podría incrementarse en un 3.4 - 5 % al año. Como consecuencia, la cobertura del IMSS en un período de 10 años podría ser de alrededor del 40% de la población.

La Reforma está siendo liderada por la SSA. Los sistemas de información son limitados y poco dinámicos. A partir de 1995, se tomaron acciones de integración de los sistemas correspondientes a prestación de servicios de salud de cada institución (SSA y IMSS - Solidaridad). Se creó el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, se editó el Manual de Fuentes y Métodos y se descentralizó la estadística de mortalidad y morbilidad hospitalaria, creándose, por convenio entre IMSS y SSA, el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y el Comité Nacional para Vigilancia Epidemiológica.

A partir de la descentralización de los servicios de salud que atienden a la población abierta hacia las entidades federativas, cada Organismo Público Descentralizado (OPD) es responsable de la administración de los recursos humanos y financieros. El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) de 1998, amplió las atribuciones Estatales para el ejercicio y la fiscalización de sus respectivos presupuestos.

Se está fomentando la acción intersectorial y en salud del ambiente. Se ha creado la Comisión Intersectorial para el control del proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas (CICLOPLAFEST), con participación de organismos además de la SSA, para controlar plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas y peligrosas. Se han dictado las Normas Oficiales Mexicanas para modernizar el

sistema de vigilancia en este campo. Se está realizando el Censo de establecimientos de Rayos X y elaborando cuatro Normas Oficiales Mexicanas sobre protección y seguridad radiológica y un convenio con la Secretaría de Energía, Instituto Nacional de Investigación Nuclear y Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguarda. Se ha creado un Programa Nacional de Prevención de Accidentes.

Se prevé que las instituciones de seguridad social adoptarán una separación de funciones recaudadora y de financiamiento con respecto a la provisión de servicios. No hay información respecto a la SSA.

En México existen 224 jurisdicciones sanitarias que son la unidad técnico-administrativa de carácter regional dentro de los Estados, con la responsabilidad de otorgar servicios de salud a la población abierta en su territorio y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social. Funcionan con Comités Jurisdiccionales de Salud.

En 1989-1994 se instrumentó la estrategia de descentralización en la SSA dirigida al desarrollo y fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias, en el marco de una estrategia de establecimiento de Sistemas Locales de Salud (SILOS). A partir de 1994 se profundizó la descentralización política, denominada Nuevo Federalismo. Se decidió agrupar a los servicios Estatales en el Consejo Nacional de Salud (CNS). El CNS es la instancia de coordinación entre la Federación y los Estados para planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. En sus dos años de funcionamiento ha desarrollado entre otros productos: lineamientos para la descentralización de los servicios

de salud y documentos técnicos y normativos de apoyo; el nuevo modelo de atención de salud para población abierta; los 32 diagnósticos estatales sectoriales de salud y la evaluación de la capacidad operativa de los servicios; la actualización de los estudios de cobertura de los servicios y los programas estatales maestros de infraestructura en salud; y la definición del PABSS.

En 1996 se firmó el acuerdo nacional de descentralización de los servicios de salud entre el Ejecutivo Federal, los gobernadores de los 32 estados y el sindicato de trabajadores de la SSA. Todos los estados han suscrito los convenios que crean el organismo responsable de la operación de servicios, lo cual ha determinado el traspaso de personal, infraestructura y financiamiento. El nivel central conserva su rol normativo, la regulación de los servicios y el control y la vigilancia sanitaria sobre productos, establecimientos y servicios que se descentralizan. Regula la certificación de profesionales de la salud y la acreditación de unidades de atención, las políticas de vacunación y de salud ambiental y la información en salud.

Las entidades federativas y municipios tienen responsabilidades de organización, operación, control y vigilancia del funcionamiento de los servicios públicos y privados, la sanidad internacional en zonas fronterizas y otras tareas de promoción, fomento y orientación para la salud. Tienen amplias atribuciones en relación a la política ambiental.

En materia de participación social, el programa "La Salud empieza en casa" forma agentes monitores de salud. La "Bandera Blanca en Salud" trabaja con objetivos de mejora en salud de niños y

embarazadas. Se han impulsado los Comités Locales de Salud, que en el área rural han asumido algunas funciones administrativas. También existen los Comités o Consejos Municipales de Salud, a nivel de Municipios y los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal y Municipal en cada Estado (COPLADE y COPLADEMUN), de los que dependen los Subcomités de Salud y Seguridad Social. En el marco de la reforma se ha vigorizado el movimiento de municipios saludables. Al finalizar 1996 estaban incorporados a este programa 606 municipios, en 1997 eran 884 y al finalizar 1998, 950.

El análisis de gasto según la fuente muestra que los hogares son los que más aportan alcanzando el 49% del gasto total en salud para 1992-96, en contraste con los niveles que muestran los empleadores (29%) y el Gobierno Federal (22%).

Del presupuesto de gasto público en salud, la atención curativa representa el 68% (incluye hospitalización), la administración, política y planeación representa el 15%, y la prevención el 7% (14.6% en establecimientos de atención a población abierta y 4% en la SS). El 59.1% del gasto es para los establecimientos hospitalarios.

En 1992-94 se destinaron a remuneraciones casi la mitad del presupuesto de las instituciones de mayor volumen de prestaciones de salud del país (48% en IMSS y 50% en SSA). En el ISSSTE este concepto alcanzó al 21% y los gastos de operación al 51%. En el IMSS los gastos de operación representaron el 35% del total y en SSA, el 3% para el mismo periodo. El gasto en materiales y suministros llegó, entre 1992 y 94, al 12% en el IMSS, 8% en el ISSSTE y 2% en la SSA. Los

honorarios consumieron el 35% del gasto privado total, la compra de medicinas el 27% y las hospitalizaciones el 20%. Los valores del gasto privado difieren 10 veces entre los hogares urbanos de menor y mayor ingreso (US\$75 y 750); en las zonas rurales esta diferencia llega a ser de 20 veces (US\$65 y 1, 294).

El 43% de los recursos financieros fue manejado en 1992-94 por la SS, 42% por los privados, 13% para atención a población abierta y 2% el seguro médico privado. La participación de los gobiernos estatales en los fondos fue de un 3.7% (1992-94). El presupuesto de la SSA creció en 1997 un 32% sobre 1996. El crecimiento del presupuesto estatal fue 9 veces más entre 1997 y 1996, elevándose el aporte estatal en los ingresos totales de la institución de 4.5% a 28.5%. El IMSS se financia mediante contribuciones de empleados y patrones y aportes del Gobierno Federal. En el ramo de enfermedad y maternidad, la transferencia estatal pasó del 5 al 37% (en sustitución de las cuotas obrero - patronales) en ese mismo periodo.

En cuanto a la distribución programática del presupuesto de los servicios de salud, durante 1995 los servicios de la SSA - los cuales atienden a población "abierta" - destinaron el 49.7% a la Atención curativa, 25.8% a Administración, 11.0% a la Prevención, 5.9% a Infraestructura, 4.9% a Investigación, 1.5% a Regulación y 1.2% a Otros.

En las instituciones de Seguridad Social, la distribución para el mismo año, fue la siguiente: 71.1% para Atención Curativa, 14.3 %

para Administración, 4.7% para Prevención, 4.6% para Infraestructura, 3.4% para Prestaciones sociales y 1.9% para Investigación.

Respecto a la oferta de servicios, se ha producido un 7.3% de crecimiento de unidades de consulta externa entre 1994 y 1996 (sobre todo en unidades móviles, utilizadas en las estrategias de ampliación de cobertura), consultorios y en la medicina privada. En 1995 se calculó que el sector privado disponía del 30% de las camas, empleaba al 34% de los médicos y brindaba el 32% de las consultas. La cobertura de seguros médicos privados es limitada y, más aún, la adopción de esquemas de "aseguramiento administrado", prevaleciendo el modelo tradicional de cobro directo por servicios a tasa de mercado.

Entre las iniciativas destinadas a grupos vulnerables destacan los programas desarrollados por el Instituto Nacional Indigenista, que consisten principalmente en acciones de salud, alimentación, educación y saneamiento básico para atender a los 59 grupos étnicos. Estos programas reciben también apoyo de las diferentes secretarías del Gobierno Federal y de los Gobiernos Estatales. El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) se ha instrumentado para atender a la población residente en 28 estados y 1,423 municipios. Su componente de salud consiste en la dotación de un suplemento alimenticio a los menores y a las mujeres embarazadas o en período de lactancia, la capacitación de las madres y/o responsables de familia respecto a temas básicos y, la atención con enfoque de riesgo al grupo familiar.

Asimismo, el Programa de Apoyo a Zonas Indígenas (PAZI) complementa al PAC y al PROGRESA en los 303 municipios que tienen más de 70% de población indígena.

En marzo de 1998 se inició la distribución de la cartilla Nacional de Salud de la Mujer para facilitar el seguimiento de la atención perinatal, el uso de métodos de planificación familiar y los resultados de las citologías para la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Asimismo, en el primer bimestre de 1998 entró en vigor la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la Prevención, Diagnóstico y Control del cáncer cervicouterino.

La coordinación sectorial entre las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud (SSA y SS) se considera insuficiente. Sus servicios se otorgan bajo sus propios modelos de atención y esquemas diferenciados, con duplicidad en coberturas de servicios en determinadas regiones.

El nuevo Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) establecido y difundido por la SSA en 1995, normatiza y operacionaliza la prestación de servicios en las unidades. Establece los criterios rectores para la operación de los recursos comunitarios e institucionales del primer nivel de atención y de las unidades hospitalarias, articulados en redes de servicios mediante la regionalización. Precisa que los servicios deben realizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con base en las necesidades y problemas de cada localidad y define las

responsabilidades de los distintos niveles administrativos en la implantación y desarrollo del modelo.

Existe un Programa de mejoramiento de la gestión administrativa de los servicios de salud para fortalecer la capacidad gerencial del personal directivo de los servicios.

La RS pretende introducir la libre elección por los usuarios del médico que los atenderá, al menos en el primer nivel de atención en las instituciones de SS, para luego establecer esquemas de recompensas con base en la elección que hagan los pacientes y así estimular la calidad y eficiencia de la atención.

Existe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para resolver los conflictos que se generan en la práctica de la atención a la salud. Las facultades de certificación y acreditación permanecen a nivel central en la SSA.

La SSA, en coordinación con el Consejo Nacional de Salubridad ha establecido el cuadro básico esencial de medicamentos para el primer nivel. Existe un Registro Sanitario de Medicamentos y Normas de Buenas Prácticas de Fabricación. Existe una Norma Oficial Mexicana para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos. Existe una Comisión par la Mejoría continua de la calidad de los servicios, dentro del Consejo Nacional de Salud. La Dirección de Calidad de la Atención Médica, que desde 1997 depende de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, inició durante el segundo semestre de ese año el Programa de Mejoría

Continua de la Calidad de la Atención Médica que opera en 6 de las 32 entidades federativas del país. Este Programa se ha instrumentado en 517 Unidades de Salud, 36 de ellas son hospitales de segundo nivel. Se diseñó una línea basal y, a partir de los resultados de esa medición, cada Estado ha diseñado las intervenciones específicas, para efectuar la evaluación concurrente dentro de un año. Se espera extender este programa al resto de los estados durante los años 1998 a 2000.

4.4.2. Evaluación de resultados.

4.4.2.1. Equidad.

➤ En el estado de salud.

El subregistro de mortalidad se calculó en un 4.0% en 1996 (CONAPO). El subregistro de natalidad se calculó en un 5% en 1994, y el 27.6% de los nacimientos tienen más de 1 año en el momento de su registro.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) registrada fue de 17.5 por mil nacidos vivos en 1995. Entre 1990 y 1995 disminuyó un 26.8% como promedio nacional. La mortalidad es más alta en la zona central, (22.3 por mil n. v.) y más baja en el norte y el sur (12.2 y 12.8). Los Estados de Puebla (33.2), Tlaxcala (28.7) y México (26.8) tienen las tasas más altas, contrastando con Durango (3.9), Sinaloa (5.9) y Guerrero (8.5). Las causas principales de muerte fueron: afectaciones del periodo perinatal, anomalías congénitas, neumonía e influenza, deficiencias de la nutrición y accidentes. Entre 1994 y 1995 se elevó la TMI registrada (17.0 y 17.5% respectivamente), probablemente debido a las correcciones hechas al número de recién nacidos, ya que las muertes registradas disminuyeron en ese periodo. Por lo que se recomienda

usar la TMI ajustada, que refleja un descenso entre 1994 (26.5) y 1995 (25.9). La TMI ajustada para 1996 sería de 25.9 por mil n. v. Varios estudios encontraron que la TMI entre la población que habla alguna lengua indígena es de 56 por mil n. v.

La Tasa de Mortalidad Materna para 1995 fue de 53, más elevada que en 1994, cuando alcanzó 48 y en niveles cercanos a 1990, cuando se reportó 54. La explicación oficial es que el incremento del último año se debió a un mejor registro de las muertes con el uso del nuevo certificado de defunción, donde se investiga la preexistencia de embarazos en todos los fallecimientos de mujeres en edad fértil. Las tasas más elevadas en 1995 ocurrieron en Puebla con 112, Tlaxcala con 97 y Oaxaca con 90. El 87.1% de las muertes se debieron a causas obstétricas directas (92,1 en 1990): 28% toxemia, 23.6% hemorragias, 11.6% complicaciones del puerperio.

➤ En cobertura.

El Programa de Vacunación Universal (PVU) ha aumentado su cobertura en los últimos años y el promedio de consultas prenatales por mujer embarazada pasó de 2.2 en 1990 a 2.8 en 1996 (otras fuentes dan 3,9, siendo la meta 5). En la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF) de 1996 se encontró que el personal médico participó en la atención del 86,1% de los embarazos ocurridos entre 1993 y 1995, para un incremento en más de la mitad en los últimos 20 años. Un 6,8% de las mujeres no tienen vigilancia prenatal (la diferencia es atendida por personal sanitario no médico). El 63.2% de las mujeres reciben atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo.

➤ En distribución de recursos.

El total de médicos por 10,000 habitantes es 19.1 y el de enfermeras de 21.05. En 1992 prestaban sus servicios en instituciones públicas 11.91 médicos por 10,000 habitantes y en 1994 13.05. Los mayores crecimientos se han dado en instituciones de población abierta: 9.6% para médicos y 7% para enfermeras, entre 1994 y 96. El número de camas hospitalarias es de 0.8 por mil habitantes (1,2 según otras fuentes), y se carece de datos sobre la distribución geográfica.

➤ En el uso de recursos.

El número de consultas ambulatorias fue de 1,9 hab/año en 1994. La cifra de egresos hospitalarios (sistema público) fue de 4,5 por cien habitantes (65,6% de afiliados de la IMSS y 34,4% de población abierta), con una estancia media de 4,0 días. El porcentaje de partos atendidos en hospitales públicos aumentó de 54,3 a 68,5% entre 1990 y 1995 (ENPF). El 20% de los partos se atendió en hospitales privados y el 11,5% en casa de la mujer o por la partera.

➤ Equidad financiera.

La superación de barreras financieras se está poniendo en marcha mediante el PABSS, el PAC y unidades móviles. La fórmula de asignación presupuestal para abatir rezagos, corregir inercias y promover la equidad entre los Estados en materia de recursos para la salud, se ha incorporado explícitamente a la Ley de Coordinación

Fiscal en 1998. Mediante esta fórmula, se distribuyen los recursos considerando variables tales como la población a atender la prevalencia de daños a la salud (razón estandarizada de mortalidad).

Otros elementos como acceso, efectividad y calidad técnica, efectividad y calidad percibida son de gran importancia, sin embargo, no existen datos disponibles al respecto. Tampoco existe información sobre centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente y encuestas de percepción de usuarios.

4.4.2.2. Eficiencia.

➤ En la asignación de recursos.

Entre los elementos que parecerían secundarios para lograr un mayor nivel de salud en la población es la existencia de agua potable entubada y servicio de recolección de basura; en el ámbito rural es frecuente encontrar que es más fácil acceder a los antibióticos que a un mínimo de higiene indispensable. Las informaciones sobre acceso a agua potable son discrepantes. Para 1995 se calculó que en zonas urbanas el 96% recibía agua entubada (no necesariamente potable), mientras que en las rurales sólo la recibía el 52,5%. Según otras fuentes, la población urbana que dispone de agua potable por conexión en la vivienda sería del 65,3%, la población urbana con acceso razonable a fuentes públicas de agua potable sería del 26,0% y la población rural que dispone de agua potable razonablemente accesible el 53,4%. En cuanto a alcantarillado, en el medio urbano la cobertura era de 85,5% y en el rural de 20,9% (otras fuentes dan cifras 76% total, con 93% en medio urbano y 29% en medio rural para 1995).

- La población urbana con sistemas de recolección periódica de residuos sólidos sería del 49,4%. Se recolecta el 70% de la basura producida y sólo el 17% se dispone en rellenos sanitarios. Existen propuestas de programas para el reciclaje de basuras, siendo aún insuficiente el desarrollo en este campo.

- En cuanto a reasignación de recursos, se contempla la creación de programas que refuercen el esquema de atención a la salud; por ejemplo, a partir de enero de 1998 opera el FONSIDA, con el propósito de brindar apoyo complementario a enfermos con SIDA y el Modelo de Atención Integral a enfermos con SIDA en todos los estados de la República y se proyecta iniciar la operación de cuatro laboratorios regionales de carga viral.

4.5. Perspectiva financiera en la Salud Pública mexicana.

El 2 de julio de 1993, el titular del Poder Ejecutivo envió a la Cámara de Diputados una iniciativa mediante la cual se propuso la reforma, adición y derogación de diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, misma que se acompañó de la iniciativa para abrogar la "Ley de Impuesto sobre las erogaciones por remuneración al trabajo personal prestado bajo la dirección y dependencia de un patrón". Los objetivos que se consignan en la iniciativa aprobada por las Cámaras de Diputados y Senadores, son de tres tipos:

1. Los destinados a garantizar que el Seguro Social opere bajo estrictas condiciones de equilibrio financiero;

2. Aquéllas dirigidas a modernizar las atribuciones fiscales del Instituto Mexicano del Seguro Social y a fortalecerlo como organismo fiscal autónomo; y

3. Aquéllas que tienen como finalidad efectuar en la Ley una educación técnica, administrativa o jurídica a través de la precisión de algunos conceptos, de la superación de ciertas lagunas legales y del establecimiento de bases dirigidas a disminuir la posibilidad de interpretaciones equívocas.

A continuación se efectúa la descripción de las principales modificaciones aprobadas, partiendo de la reforma financiera:

CUADRO 13

PORCENTAJES DE APLICACIÓN A LA PERCEPCIÓN BASE DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DE LAS CUOTAS BIMESTRALES.

1994	SECTOR			
RAMO DE SEGURO	PATRONES	TRABAJADORES	ESTADO	TOTAL
ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	8.750	3.125	0.625	12.500
RIESGO DE TRABAJO	2.500	0.000	0.000	2.500
INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA Y MUERTE	5.670	2.125	0.425	8.500
GUARDERÍAS	1.000	0.000	0.000	1.000
RETIRO	2.000	0.000	0.000	2.000
TOTAL	20.200	5.250	1.050	26.500

Fuente: Narro Robles, José. *La Seguridad Social mexicana*.....pp 110

Se incrementa de manera gradual el monto de las cuotas, de tal manera que en 1996 se aportará 1.5% de los salarios de manera adicional a lo que se tenía establecido. El incremento es de un 0.5% para cada uno de los siguientes ramos de seguro: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo y el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Por lo que se refiere a la distribución de las aportaciones por cada uno de los sectores a los patrones corresponde a 1.2%, a los trabajadores el 0.25 y al Estado un 0.05%.

Sin embargo, debe hacerse notar que en virtud de que la iniciativa enviada consideró la eliminación del impuesto sobre las erogaciones por remuneración al trabajo prestado bajo la dependencia de un patrón,

mismo que ascendía al 1% y que corría a cargo de los empleadores, la realidad es que el patrón aporta en términos reales 0.2% y el Estado 1.05 por ciento.

Durante 1996 las aportaciones promedio para cada sector y para cada uno de los ramos de seguro, fueron las que se señalan en el cuadro siguiente:

CUADRO 14

MONTO DE LAS CUOTAS POR RAMO DE SEGURO Y POR CADA UNO DE LOS SECTORES SEGÚN PORCENTAJE DE LOS SALARIOS EN 1996

RAMO DE SEGURO	SECTOR			
	PATRONES	TRABAJADORES	ESTADO	TOTAL
ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	8.750	3.125	0.625	12.500
RIESGO DE TRABAJO	2.500	0.000	0.000	2.500
INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA Y MUERTE	5.950	2.125	0.425	8.500
GUARDERÍAS	1.000	0.000	0.000	1.000
RETIRO	2.000	0.000	0.000	2.000
TOTAL	20.200	5.250	1.050	26.500

Fuente: Narro Robles, José. LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI. Op.Cit., pág. 110.

- Se aclaran y precisan los elementos que no deben ser incluidos en salario base de cotización.
- Con excepción del caso del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte, el resto de los seguros se adecua al retiro, el cual se fija en 25 salarios mínimos.

En lo que se refiere a las prestaciones en dinero para el asegurado que sufre un riesgo de trabajo, se mantiene 100% del salario base en que estén cotizando el trabajador.

Por otra parte, la Ley señala que en los casos en que se establece la incapacidad permanente total el asegurado recibirá una pensión mensual que equivale a 70 % del salario en que esté cotizando.

Para el supuesto de incapacidades de hasta 25% en lugar de otorgar una pensión mensual se deberá cubrir al asegurado una indemnización única equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido.

La Ley señala también la posibilidad de que el asegurado opte por esta fórmula en el caso de una incapacidad mayores de 25% y menores de 50 por ciento.

- En el caso de los trabajadores que queden privados de trabajo (incapacitados, vejez, etc.) remunerado y que cumplan los requisitos establecidos por la Ley, se aclara que tendrán derecho a recibir, durante ocho semanas, las prestaciones médicas derivadas del seguro de enfermedades y maternidad, suprimiéndose las prestaciones en dinero de este mismo ramo.
- Por último, y como ya fue consignado, se abrogó la "Ley del impuesto sobre las erogaciones por remuneración al trabajo personal prestado bajo la dirección y dependencia de un patrón que se mantenía vigente desde 1980.

Esta iniciativa de la Administración pasada (1988-1994), constituye sin duda una expresión objetiva más por mejorar, modernizar y

garantizar la viabilidad del sistema de seguridad social que se ha desarrollado en México

4.6. Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)

El objetivo de este inciso es enunciar cuáles fueron las recomendaciones que hizo al respecto la Organización Internacional del Trabajo.

El Costo de la seguridad social ha estado aumentando rápidamente no sólo por la extensión de la cobertura y más riesgos, sino también a causa de los mayores gastos en los regímenes de pensiones debidos al envejecimiento de la población, al debilitamiento de los lazos familiares y a los progresos tecnológicos de la medicina.

La recomendación de la O.I.T., tiene como objetivo fundamental el que se protejan completamente a las personas ahora desamparadas y a las que lo están en forma insuficiente, cuando no haya sido posible prevenir que la contingencia se produzca o que persistan sus efectos: Que las prestaciones al menos guarden una proporción significativa en relación con las ganancias⁶¹, que:

- Se requiera de planes de pensiones privadas que mejoren las disposiciones para la transferencia de los derechos de pensión entre los planes, o para la plena protección de los derechos adquiridos y que instituyan una protección contra la información. Los planes privados deben ser reglamentados en consecuencia.

⁶¹ O.I.T., Ginebra, Suiza, 1984. Vol. XIX. pp 65, 84,85, 97 y 136

- El objetivo a largo plazo sea lograr que las prestaciones mínimas que se abonen a quienes no trabajan, les garanticen un nivel de vida que corresponda, por lo menos, a la mitad del promedio del ingreso disponible neto por habitante, ajustado según la diferente composición de las familias.
- Las pensiones en curso de pago de los regímenes establecidos por Ley, se ajusten a los movimientos de un índice de ganancias o del Producto Interno Bruto (PIB) por habitante.
- Se garantice a todos los residentes un ingreso mínimo aceptado como el gran objetivo de la seguridad social a alcanzarse antes del año 2000.
- Se hagan los esfuerzos necesarios para sacar partido de los mecanismos de coordinación, entre los sistemas nacionales de seguridad social que ofrecen los convenios y recomendaciones en la materia, adoptados por la conferencia de la Organización Internacional del Trabajo.
- Las prestaciones a las madres viudas se transformen en prestaciones para cualquier sobreviviente de la pareja.
- Se amplíe marcadamente la concesión de asignaciones de formación profesional, o de una nueva formación. y al expirar estas asignaciones, deban pagarse prestaciones de desempleo.
- Se requiera del empleador, que demuestre que el trabajador ya no es capaz de realizar ninguno de los trabajos que puede ofrecerle antes de obligarlo a jubilarse.

- El desarrollo de los servicios de prevención y readaptación, debe recibir la máxima prioridad hasta el año 2000, y también posteriormente, este cambio debe producirse en las políticas de salud, del empleo, familiar, de población y de bienestar social.
- Se dé cada vez más prioridad a hacer de los servicios de salud el uso más eficiente con relación a su costo.

A lo largo de este capítulo se han expuesto los principales problemas que presenta el Sistema de Salud en México, así como las perspectivas que tiene de acuerdo tanto a su infraestructura como al contexto de las Reformas implantadas en los últimos años. Para completar la visión se ha hecho una exposición de lo que, a nivel mundial, se espera de los sistemas de salud, especialmente, como en el caso de México, en los países en desarrollo y, tomando en cuenta la nueva coyuntura económica con su también nuevas concepción y exigencia.

De este panorama se desprende que los esfuerzos por modernizar el sistema de salud son enormes, pero también lo son los retos y los objetivos y, la única manera de alcanzarlos es mediante la actuación coordinada de los tres sectores de la sociedad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En el primer capítulo de este trabajo se señalaron los antecedentes de la Salud Pública en México, haciendo notar que su surgimiento obedeció a la necesidad social, solidaria, de redistribución del ingreso de las clases más favorecidas a aquellas que lo son menos. A través de los años, la inspiración social de la política de salud no se ha vaciado de contenido, pero sí las consideraciones para su aplicación. Desde la propia definición de salud, que se ha ido transformando y ampliando: desde su visualización como "ausencia de enfermedad", hasta el concepto actual que la sitúa como un estado de bienestar físico, mental y social de la persona y, por otro lado y de manera análoga, la misión del Estado en la procuración de la misma.

Es un hecho que el México de hoy no es el mismo que en 1943, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado, ni las circunstancias internacionales tampoco lo son. Aunque persiste el mismo deseo de lograr una mayor "calidad de vida" para todos los mexicanos, hoy más que nunca es evidente que el mismo concepto entraña muy diferentes apreciaciones, cada persona podría definir el bienestar desde su óptica particular y cada sistema filosófico, a su vez, lo situaría en un contexto distinto; sin embargo, sería posible concluir que debe evaluarse, como Amartya Sen¹ señala, en términos de la capacidad de la persona para lograr "funcionamientos" valiosos, unos elementales, como por ejemplo evitar la pobreza extrema, y otros más complejos, como adquirir algún grado de educación específico, etc.; es decir, el bienestar no consiste en acumular

¹ Nussbaum C, Martha y Sen, Amartya. *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica, México: 1996.

bienes materiales solamente, no sólo es cuestión de tener un ingreso adecuado, sino que depende de valores interpersonales y de los procesos mediante los cuales se eligen las actividades humanas, de la libertad, tal y como Aristóteles ya señalaba.

Pero hablar de libertad en el mundo de hoy, sobre todo en el contexto económico, sugiere inmediatamente la idea de libre mercado, siendo que la elección que realizan las personas entre uno u otro bien simplemente se refiere a un aspecto de la libertad, a lo que se podría llamar "libertad negativa" o proceso de la libertad y dejando de lado lo verdaderamente importante, la "libertad positiva", la oportunidad de ejercer la libertad misma, de elegir el modo en que a cada uno le gustaría vivir, lo que ya incluye elecciones axiológicas, porque *"los seres humanos están continuamente empeñados en valoraciones"* (John Dewey).

Hacer esta puntualización es especialmente importante al hablar de salud, tanto en lo que se refiere a la toma de decisiones en los tratamientos específicos para una enfermedad determinada, como en el desarrollo de medidas que evalúen los resultados de los tratamientos y programas para el cuidado de la salud, o lo que es lo mismo, en la orientación de las políticas de salud. Hasta ahora, dicha política de salud ha estado dirigida meramente a la evaluación de sus consecuencias: la curación o erradicación de determinada enfermedad, sin embargo, lo más importante no es este aspecto inmediato, sino lograr los ideales específicos de una buena vida, debiendo ser éste un proceso compartido entre el paciente y el médico, entre los responsables de los programas de salud y la población, ampliando así el concepto de consentimiento informado.

El mundo de hoy está inmerso en el relativismo y en el escepticismo que afirma, por un lado, que si hay una vida mejor para cada persona, cada persona está en mejores condiciones de encontrarla; y, por el otro, sostiene que no la hay para todos. De ahí se sigue que lo único que el Estado puede hacer es garantizar la libertad negativa –entendiéndose ésta simplemente como la capacidad de elegir entre uno u otro bien, sin intervenir en los procesos de elección- y no una buena vida en sí. Aunque hay que aceptar que cada persona tiene su propia percepción de la realidad, ésta no se agota en ella, el ser humano, por su naturaleza racional está obligado a la indagación de esa realidad, que tiene un orden objetivo: en gran medida todos comparten el entendimiento acerca del mundo y, en base a ese entendimiento, se puede llegar a acuerdos y describir un grupo de cosas que hacen una vida mejor: educación, hábitos de higiene, acceso a servicios y satisfactores, dieta, cultura en general, etc.. Por lo tanto, el Estado puede no sólo garantizar la libertad negativa, sino la positiva también como resultado de una estructura básicamente justa de la sociedad, creando las condiciones para un verdadero desarrollo humano.

Ante la situación actual, donde la pobreza representa un verdadero peligro para la estabilidad política y social, y donde el fenómeno de la globalización no tiene marcha atrás, ésta debe adquirir un rostro humano. Particularmente en México, el gobierno tiene que asumir un papel de rector de la economía, canalizando recursos hacia los sectores más necesitados.

En México se han elaborado diversos Programas para mejorar la atención a la salud: el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que busca ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos, descentralizar los servicios de atención a la población y, en general, modernizarlos; diversos programas sectoriales, como el Programa de

Alimentación y Nutrición Familiar, el Programa Nacional de la Mujer, Programa Nacional a favor de la Infancia, Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, diversos programas operativos del DIF, etc., todos ellos tendientes a mejorar la atención en sectores específicos.

Como es lógico, estos programas tienen que tener una estructura de financiamiento paralela: el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 1997-2000 (PRONAFIDE) es el más importante. En él se señalan como principales objetivos: 1) alcanzar una tasa de crecimiento del PIB mayor al 5% para el año 2000; 2) crear y fortalecer de manera sostenida y permanente las fuentes de financiamiento internas; 3) evitar la vulnerabilidad de la economía ante los flujos de recursos externos; 4) perseverar en la generación de un ambiente macroeconómico estable; 5) incrementar el bienestar social.

Se señala también que es necesario lograr un cociente de Inversión/PIB de 25% para lograr tasas de crecimiento superiores al 5%, considerado indispensable para dar empleo a las personas que anualmente se incorporan a la fuerza laboral. La consecución del nivel de inversión sería principalmente a través del fortalecimiento de las fuentes internas de financiamiento: mediante la promoción del ahorro del sector privado; la consolidación del ahorro público; el aprovechamiento del ahorro externo como complemento del ahorro interno (inversión extranjera directa y financiamientos de largo plazo); fortalecimiento y modernización del sistema financiero.

Tradicionalmente, y como se muestra en el apartado anterior, sólo a modo de ejemplo, el gasto en desarrollo social en México es considerado

como una proporción del gasto total (alrededor del 60%), lo que equivale a decir, en un marco de transición liberal, que está supeditado al éxito o al fracaso de la política macroeconómica. En este contexto, las sucesivas crisis del país, obviamente, se han traducido en un retroceso en el desarrollo humano de la población. Sin embargo, ha llegado el momento de reconsiderar las prioridades en el proyecto de Nación, tanto por parte del Estado, como de la población: indicadores macroeconómicos que se traduzcan verdaderamente en avances para la sociedad.

Por supuesto, hay que considerar la interdependencia de ambos factores, pero en ambas direcciones, no de manera unilateral. Análogamente, es necesario plantear también un nuevo esquema de cooperación entre los sectores de la economía. No se propone aquí el regreso a un Estado paternalista que, como ya se comprobó en la experiencia, no derivó en una sociedad más justa, pero tampoco en el abandono por parte del Estado, como algunos pretenden, de toda intervención social: en un contexto de economía de mercado, su actuación tiene que dirigirse a corregir las imperfecciones de ese mismo sistema y a resolver las contradicciones sociales.

La reorientación hacia la inversión en capital humano es central para una sociedad más sana, en el más amplio sentido de la palabra. Para ello, como señala Mario Luis Fuentes² : *".....la refundación ética de la sociedad mexicana como un todo es inaplazable, supone vitalizar nuestros valores e incorporar otros nuevos"*.

Como ya se apuntó, el fenómeno de la globalización es innegable, y exige poner atención a nuevos problemas sociales y de salud que surgen a

partir de las nuevas tensiones (básicamente de consumo indiscriminado -cambiando patrones de consumo necesario por consumo suntuario-, publicidad irresponsable, entre otras) a las cuales están sujetas las familias: transformaciones culturales que provocan cambios en los hábitos y costumbres sexuales; maltrato y violencia intrafamiliar; pobreza extrema; mayores índices de alcoholismo y drogadicción; falta de atención a los sectores considerados como improductivos, que son los miembros más débiles de la familia (niños, ancianos y discapacitados); transición epidemiológica (erradicación de algunas enfermedades y surgimiento de otras -reflejo, en parte, del mismo cambio cultural- como el SIDA), cambios en el patrón demográfico.

Dado este cambio de escenario, tanto cultural, como social y económico, se hace necesaria la interacción de todos los sectores de la sociedad: fortaleciendo, en primer lugar, a la familia; reconociendo los valores comunes, históricos y tradicionales y, al mismo tiempo, las nuevas tendencias internacionales; modificando la visión de asistencia social. Esto último es particularmente importante ya que, para lograrlo, es necesario buscar otras fuentes de financiamiento, además de las tradicionales provenientes del Gobierno Federal, lo que exige una revisión a fondo del papel que pueden jugar aquí tanto el sector privado, como la propia población en general y fondos provenientes del extranjero destinados a labores asistenciales, que México, hasta el momento, no ha solicitado.

Del panorama anteriormente expuesto, se infiere que la promoción de la salud tendrá un papel cada vez más relevante dentro de la política de salud. Se entiende por promoción de la salud "el movimiento radical de los ochenta que incorpora a la salud sus aspectos sociales y económicos y

² *Ibidem.* Fuentes, Mario Luis. *La asistencia social en México.*

considera a ésta como el eje central del florecimiento de la vida humana".³ Es, por tanto, un enfoque antropológico de la salud que responsabiliza de ella a todos los actores sociales, que centra su atención en la conquista de estilos de vida saludables, y que se orienta a fortalecer la capacidad individual, grupal y comunitaria para tomar el control sobre determinantes concretos de su salud; ya que se promueve con un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación.

En México, las estrategias para dicha promoción son la educación para la salud, la participación social y la comunicación educativa. A pesar de que estos aspectos ya ocupan un espacio particular en la agenda del gobierno, la promoción de la salud es un concepto que continúa estando muy "medicalizado" y que rivaliza en los procesos de reforma del sector con tácticas que privilegian la eficiencia desde un enfoque únicamente de costo-beneficio, lo que limita la visión de la salud a la rentabilidad económica y oscurece las verdaderas ventajas de la promoción de la salud.

El objeto de la promoción de la salud es la sustentabilidad y la sostenibilidad de una vida dignamente vivida; su ámbito de acción, toda la sociedad; su origen y su fin, el desarrollo de las personas; su interés primordial, suprimir la "toxicología social" y acrecentar, en cambio, el "capital social".

Al tomar en cuenta que la globalización económica no es todavía un fenómeno verdaderamente *global*, pues la mayoría de la población está todavía fuera de ese sistema de relaciones productivas, comerciales y de

³ Downie, R.S., Fyfe, C., Tannahill, A. *Health promotion: models and values*. Oxford University Press, 1990. Citados en: D'Entremont, Alban., Pérez Adán, José (editores). *Desarrollo socioeconómico y evolución*

consumo, se hace aún más clara la necesidad de que el gobierno asuma su función de integrador social: manteniendo un propósito común en la sociedad; trascendiendo las limitaciones de la privatización; propiciando el diálogo entre los sectores; promoviendo una participación solidaria y la comprensión y adopción de estilos de vida saludables en todos sentidos. En resumen, cambiar la orientación de los recursos de los sistemas de salud: de la atención de la enfermedad a una verdadera construcción de la salud.

El objetivo perseguido al emprender este trabajo se consiguió en la medida en que se presentó tanto un panorama general de la Salud Pública en México, como en la señalización de diversos elementos que se han dejado de lado al diseñar las políticas económicas relevantes al sector, y que representan la vertiente humanista de la economía que, desgraciadamente, se olvida en muchas ocasiones y que es necesario que vuelva a adquirir un papel protagónico.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Beveridge, William. *Las bases de la Seguridad Social*. Ed. F.C.E., México, 1987.
- Bronfman Gómez de León, J. *La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes.*, Ed. Colmex, México, 1988.
- Consejo Nacional de Salud. *Testimonios 1986-1988*. Vol. 1-4, México.
- COPLAMAR. *Mínimos de bienestar: Alimentación, vivienda, educación y salud, a nivel estatal y municipal*. Ed. Siglo XXI, Vol. 6, México, 1979.
- Cordera, Rolando y Tello Carlos. *La desigualdad en México*. Ed. Siglo XXI, México, 1984.
- Cornia, Andrea G., Jolly Richard y Stewart, Frances. *Ajuste con rostro humano*. Vol. 1 "Protección de los Grupos Vulnerables y Promoción del Crecimiento". Ed. Siglo XXI de España, España, 1987.
- D'Entremont, Alban y Pérez Adán, José (compiladores) *Desarrollo socioeconómico y evolución demográfica. Perspectivas para América Latina*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Pamplona, 1999.
- De la Madrid, Miguel. *Salud, pensamiento público. (1982-1987)*. Ed. Porrúa, México, 1988.
- De la Madrid, Miguel. *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*. Ed. Porrúa, México, 1986.
- Diario oficial de la Federación *Reglamento de servicios médicos*, 23 de Octubre de 1996.

- Dubois, René. *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio médico.* Ed. F.C.E., México, 1975.
- Estudios Económicos. *Vol. 2, número 2. Julio-diciembre 1987.* Ed. Colmex, México, 1987.
- Fuentes, Mario Luis *La asistencia social en México: Historia y perspectivas.* Ediciones del Milenio, 1ª edición. México, 1998
- González, Tiburcio Enrique. *La política económica: aspectos teóricos-metodológicos.* México, 1989.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Anuario de actualización en medicina.* Fascículo 22, Primera Parte, IMSS, México, 1976.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria estadística.* Varios Años, 1993 a 1997, IMSS, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *IMSS. 1943-1983 años de historia.* IMSS, México, 1983.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Ley de información estadística y geografía.* INEGI, México, 1985 a 1997.
- INEGI *Resultados definitivos del conteo de población y vivienda de los Estados Unidos Mexicanos.*
<http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Las adicciones y la salud de los mexicanos.* México, 1996.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Sobrevivencia en la infancia.* Publicación Año 1, Núm. 1, México, 1986.
- Instituto de Nutrición. *Encuesta nacional de alimentación 1979.* Resultados de la Encuesta Ponderada, México, 1982.

- Knox, E.G. ***La epidemiología en la planificación de la atención a la salud.*** Ed. Siglo XXI, México, 1987.
- Ley del Seguro Social. En el Diario Oficial de la Federación, México 1993 a 1996.
- Mesa Lago, Carmelo. ***La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Informe bibliográfico.*** Núm, 44, México, Abril de 1987.
- Mir, Adolfo. ***Determinantes económicos de las desigualdades interesadas en los logros educativos en México.*** En Revista del Centro de Estudios Educativos, Num. 1, Vol. I, México, 1971.
- Moreno Salazar, Pedro. ***Análisis de la gestión del IMSS de 1975 a 1985.*** En Documentos de Trabajo, Núm. 8, del Centro de Investigaciones y Docencia Económica, CIDE, México, 1988.
- Muñoz, Humberto. ***Migración y desigualdad en la ciudad de México.*** Ed. Colmex., México, 1977.
- Muñoz Izquierdo, Carlos. ***Costos, financiamiento y eficiencia de la educación formal en México.*** Ed. Centro de Estudios Educativos, México, 1977.
- Narro Robles, José. ***La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modernización de México.*** Ed. F.C.E., México, 1990.
- Nussbaum, Martha C. y Sen, Amartya. ***La calidad de vida.*** Fondo de Cultura Económica (FCE). México, 1996
- Organización Internacional del Trabajo. ***La seguridad social en la perspectiva del año 2000.*** OIT, Ginebra, Suiza, 1984.

- Organización Internacional del Trabajo. *Introducción a la seguridad social*. 3ra. Edición, OIT, Ginebra, Suiza, 1984.
- Poder Ejecutivo Federal. *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*.
- Presidencia de la República. *Quinto informe de gobierno del lic. Carlos Salinas de Gortari*. México, 1993
- Presidencia de la República. *Programa nacional de financiamiento del desarrollo 1997-2000 (PRONAFIDE)* Sistema Internet de la Presidencia, 2000.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 1998*. Mundi-Prensa Libros. Madrid, 1998.
- Salinas de Gortari, Carlos. *Planeación en tiempos de crisis*. Ed. Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1986.
- Soberón Acevedo, Guillermo, Kumate Rodríguez, Jesús y Laguna, José. *La salud en México: testimonios 1988*. Tomo II, Ed. F.C.E., México, 1988.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. *La población en México*. Dirección General de Política Económica y Dirección de Política Social, Documento Mimeo, Octubre de 1987.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Censos de recursos humanos*. México, 1988.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. *El modelo de atención a la salud y la información de médicos*. Cuadernos S.S.A., Núm. 11, México, 1989.
- Sen, Amartya K. *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, 1998

SSA, IMSS, ISSSTE, DIF y *Programa de reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud*. Editado por el Sector Salud, México, 1988.