

00821
134



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

"LA CONTINUIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTA:

CESIA KAREN PIÑA RAMOS



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de esta tesis (RESUMEN)

NOMBRE: Piña Ramos

Cesia Karen

FECHA: 10 Julio 03

FIRMA: [Firma manuscrita]

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA
DE
ORIGEN

.....El principio de la sabiduría
es el temor de Jehová
y el conocimiento del Santísimo
es la inteligencia..

Proverbios 1:1, 9:10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Me resulta muy difícil hacer una hoja de agradecimientos para este trabajo porque de un lado son demasiadas las personas que han intervenido en la formación de mi persona y académica y; a la vez, no tengo en particular un solo nombre por mencionar. Solo sé que estuve reflexionando largas horas de diversos días y concluí que no desearía llegar a vieja y arrepentirme de haber omitido esta hoja en mi tesis sintiendo una opresión en el corazón.

Ahora que todos los que amo están vivos, deseo decirles que mi primer sentir de gratitud es a Dios porque me ha guiado y protegido a lo largo de mi vida de innumerables peligros y del mal que ha estado a punto de darme.

A ti mi papito amado, mi amado padre: que cada vez que miro tu rostro y tus hermosos ojos verdes, me invade la ternura, la paz y la sabiduría que me transmites también con tus actos tan serenos. Recuerdo en diversas ocasiones escenas de mi infancia donde tu dulzura y apoyo me colmaron, y tus ejemplos de rectitud verdaderamente me han indicado como debo conducirme en esta vida. A veces nada es tan confortante que escucharte cantar en el templo, o escuchar tu voz por teléfono. Gracias porque pides en tus oraciones por mí.

A mi amada madre Dolores, que aunque no te gusta que te llame por tu nombre que portas con tanto garbo, me gusta como suena en ti. Recuerdo muy firmemente cuando me enseñaste en el kinder que no me conformara con solo "pasar materias" que siempre debía pensar que podía más. Desde entonces he dado en todas las escuelas que he pisado, hasta donde mi cerebro puede dar. Recuerdo que me enseñaste la disciplina de desayunar siempre antes de salir de casa y no desvelarme haciendo tareas; que todo era mejor administrando el día, y; que razón has tenido en todo o casi todo mamita. Aunque a veces no te gusta como soy, no me estorba para amarte, aceptarte como eres y recordarte con la fuerza de un león. De un Rey que también sabe ronronear dulcemente mucho amor hacia sus siete hijos. Gracias por la lección de amor que me diste al amarte siempre en casa aunque todo se te viera adverso. Tu siempre vestida de blanco para allá y para acá con tu uniforme de enfermera. Creo que Dios te vistió así para que me diera cuenta que eres un ángel de hermosos bucles color cafés.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A ti mi amado hermano Javier, que siempre de niña premiaste mis esfuerzos, que aunque nunca lo esperaba, me era muy grato que lo hicieras, que me defendieras de las pilluras de mis hermanos y cuando cansada regresaba del kinder, me cargabas mi mochilita azul. ¿Te acuerdas? Gracias por darme el ejemplo de que sí se puede recapacitar para aceptar a Dios en tu vida en cualquier momento.

Gracias amado Samuel por ser tan dinámico, por los aventones en tu carro, por tu voz, por tu ejemplo de padre, por prepararnos la comida cuando ustedes los hombres, comandaban la casa en ausencia de mis papás.

A ti Omar, por compartir tantas veces nuestros sueños de músicos, que solo tu realizaste y que en ti veo mi frustrado sueño, en una pequeña realidad; y por ser al igual que yo, el menor de los hombres; solo tu sabes como yo, lo que eso significa.

A ti mi Lore, que aunque aveces eres medio testaruda, tienes definitivamente un gran corazón. Gracias por darme el valor que me hace falta para un día ser madre.

A Gaby, la mas fuerte de mis hermanas, cómo aprendí de ti la tenacidad para todo, el valor para seguir el sueño que uno tenga en la vida cueste lo que cueste; no sabes que admiración me causas hermana, como siempre te he dicho; ya puedes un día irte en paz. Te amo.

A mi hermanita Fany, siempre de manos y corazón tan calentitos, con ese rostro que de repente se pierde como una hoja en el viento y pareciera inalcanzable y que nunca ha de bajar a pisar el suelo. Recuerdo cuando llegaste a casa diciendo que ibas a ser enfermera y yo sentí mucha felicidad al pensar que íbamos a estar juntas en una escuela, y solo eso me importó.

A todos mi sobrinos: Michell, Faniyita (mi consej) a Renatita, a Sarita, a Uzzielito, el único niño en este familión; y a Toyita. Gracias por recordarme con sus rostros aún angelicales, que la felicidad es tan simple, como mirarlos a ustedes tan llenos de sonrisas blancas y lejanos de la maldad, y que hacia ese principio básico es donde debemos intentar volver todos, porque Dios nos trajo al mundo así: felices, sabios, sencillos y puros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

A todos mis cuñados y cuñadas por hacer felices a mis hermanos y entonces ellos me pueden regalar una sonrisa cada vez que los veo.

A Claudín, que me ha ayudado mucho en el trabajo, y por cuidar de mi hermana.

A ti Jorge; porque me has enseñado a desprenderme de ideologías vanas y sin sentido que no me permitían ser feliz; gracias por tus cálidos, cálidos abrazos, por regalarme tantas veces tu paciencia, tu tiempo, tu amor y miradas tan pero tan tiernas que llevo prendidas en mi corazón. Gracias por ayudarme a hacer las tareas que no entendí en muchas ocasiones y por ser el culpable de que yo estudiara economía, nos enseñaste muy bien aquellas clases que no dudé un momento en recordarlas cuando de manera tan repentina tube que reelegir carrera cuando llegó aquel aviso a Portales, de Colegio de Ingenieros. Gracias porque me has facilitado muchas cosas en mi vida en cada momento; desde las más sencillas hasta las más complejas. Además me diste la idea principal para este trabajo. Gracias mi negro.

A mis amadas amigas: Blanca, Sabrina, Adriana, Marilú, Elvia (mi amibá), y Erendira que por orden de aparición cronológica en mi vida las menciono ahora, les agradezco el amor, la compañía, los buenos momentos, las agradables charlas y todo el cobijo que me han podido dar en todos estos años que tengo de compartir con cada una un pedazo de mi vida.

Maestro Carlos Javier Cabrera Adame, gracias por su tiempo para asesorarme, que en sus circunstancias de ocupación, en verdad toma relevancia. Gracias por todo lo que me pudo aportar para este trabajo, por su excelente redacción y aunque no es el caso, debo decirle que tiene un nombre verdaderamente galante.

A todos mis sinodales, que aunque no los conozco con precisión, tuvieron también un momento para mí. Gracias Dr. Mauro, por todo lo que me enseñó cuando fui su alumna y aún hoy, con sus valiosas observaciones. Gracias por decirme desde hace mucho "mi querida alumna enfermera" siempre lo he recordado porque esa frase me hizo intuir que usted es un hombre con calidad humana muy sensible y preocupado por sus alumnos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por favor, si omití a alguien, ¡Disculpenme! Se cruzan tantas emociones en el corazón y es tan difícil escribir a veces, que la mente se nubla y puedo sin querer no nombrarlos a todos. De todos modos:

IMIL GRACIAS I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1	
Marco teórico	
1. Política y Seguridad Social.....	5
1.1 Intervención del Estado en la Seguridad Social.....	7
1.2 La eficiencia económica y la Seguridad Social.....	12
1.3 Influencia de la enfermedad en el desarrollo económico.....	13
1.4 Sistemas de Salud.....	15
1.5 Discusión.....	16
1.6 ¿Existe continuidad en las políticas de salud?.....	18
1.7 Parámetros de medición de continuidad.....	20
1.7.1 Indicadores.....	20
1.7.2 Tasa de crecimiento.....	21
1.7.3 Tasa de crecimiento promedio.....	21
1.7.4 Variación porcentual.....	21
1.7.5 Variación porcentual promedio.....	21
1.7.6 PIB real.....	21
1.7.8 El Gasto Público en salud.....	22
1.7.8 Gasto per cápita en salud.....	22
1.7.9 Cobertura.....	23
1.7.10 Unidades Médicas.....	23
1.7.11 Camas censables.....	23
1.7.12 Indicador Médicos.....	23
1.7.13 Indicador Enfermeras.....	24
1.7.14 Esperanza de vida.....	24
1.7.15 tasa de mortalidad general.....	25
1.7.16 Tasa de mortalidad en menores de 1 año.....	25
1.7.17 Indicador Consultas externas.....	25
1.7.18 Indicador Egresos de hospitalización.....	25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice del Capítulo 1

1.1.1 Evolución histórica del concepto salud enfermedad.....	26
1.1.2 Conceptos básicos de salud.....	30
1.1.3 Ciencias médico-sociales.....	31
1.1.3.1 Servicios de Salud.....	31
1.1.3.2 Atención Médica.....	31
1.1.4 Niveles de atención Médica.....	32
1.1.4.1 Primer nivel de atención.....	33
1.1.4.2 Segundo Nivel de atención.....	33
1.1.4.3 tercer nivel de atención.....	34
1.1.5 Salud Pública.....	34
1.1.5.1 Acción de salud.....	35
1.1.6 Asistencia Social.....	35

Capítulo 2

Antecedentes históricos de las políticas de salud en México y su continuidad.....	36
2.1 Antecedentes de la Seguridad Social en México.....	36
2.2 La salubridad en el Mandato del Presidente Lázaro Cárdenas.....	41
2.3 La salubridad en el Mandato del presidente Avila Camacho.....	44
2.4 La salubridad en el Mandato del presidente Miguel Alemán Valdéz.....	48
2.5 La salubridad en el Mandato del presidente Adolfo Ruiz Cortínes.....	51
2.6 La salubridad en el Mandato del presidente Adolfo López Mateos.....	56
2.7 La salubridad en el Mandato del presidente Gustavo Díaz Ordaz.....	59
2.8 La salubridad en el Mandato del presidente Luis Echeverría.....	61
2.8.1 política Social y análisis económico.....	61
2.8.2 Análisis de los resultados de salud.....	64
2.9 La salubridad en el Mandato del presidente José López Portillo.....	70
2.9.1 política social y análisis económico.....	70
2.9.2 resultados de salud.....	72

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 3

Análisis de la Continuidad de las políticas de Salud en México periodo 1982-2000 tres sexenios.	79
3.1 El Sistema Nacional de Salud en el Mandato del presidente MMH.	79
3.1.1 política social.	79
3.1.2 planeación del Sistema de salud.	79
3.1.3 política y análisis económico.	84
3.1.4 resultados de salud.	86
3.2 El Sistema Nacional de Salud en el Mandato de Carlos Salinas de Gortari.	94
3.2.1 política social.	94
3.2.2 planeación del Sistema de salud.	95
3.2.2.1 Programa Nacional de Salud 1990-1994.	96
3.2.3 política y análisis económico.	96
3.2.4 resultados de salud.	98
3.3 El Sistema Nacional de Salud en el Mandato del presidente EZPN.	108
3.3.1 política social.	108
3.3.2 planeación del Sistema de salud.	108
3.3.2.1 Lineamientos de la Reforma de Salud.	110
3.3.3 política y análisis económico.	113
3.3.4 resultados de salud.	115

Apéndice del capítulo tres

Propuesta de medición de la continuidad de las políticas de salud:

Un enfoque econométrico.	121
3.3.1 fundamento Teórico.	121
3.3.2 especificación de la aplicación empírica de las regresiones.	124
3.3.3 Variables.	124
3.3.4 primera regresión.	124
3.3.5 Segunda regresión.	126
3.3.6 tercera regresión.	127
3.3.7 cuarta regresión.	129

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.8 Quinta regresión.	130
3.3.9 Interpretación de resultados.	132
3.3.9.1 primera regresión.	132
3.3.9.2 segunda regresión.	133
3.3.9.3 Tercera Regresión.	133
3.3.9.4 cuarta regresión.	134
3.3.9.5 Quinta regresión.	134

Capítulo 4

México y los Sistemas Nacionales de Salud.	136
4.1 Políticas Internacionales de salud recomendadas.	136
4.2 debate.	138
4.2.1 Política de desempeño.	138
4.3 México.	139
4.3.1 Contexto socioeconómico, político y demográfico.	139
4.3.2 Semblanza del Sistema Nacional de salud.	140
4.3.3 Políticas del Sistema Nacional de salud y Planes Nacionales de Salud.	141
4.3.4 Financiamiento.	142
4.3.5 Organización.	144
4.3.5 Recursos.	145
4.3.6 Servicios.	146
4.3.7 Cobertura.	146
4.3.8 Mortalidad y morbilidad.	147
4.3.9 Perspectivas de salud.	148
4.4 Chile.	149
4.4.1 Semblanza socioeconómica y política.	150
4.4.2 Conformación del Sistema de Salud.	150
4.4.3 políticas y planes nacionales de salud.	151
4.4.4 organización Institucional.	151
4.4.5 Financiamiento.	152

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

4.4.6 recursos físicos y humanos.	154
4.4.8 Situación de salud.	155
4.5 Canadá.	159
4.5.1 Semblanza socioeconómica política y demográfica.	159
4.5.2 políticas y planes nacionales de salud.	160
4.5.3 Organización y estructura.	161
4.5.4 Financiamiento.	162
4.5.5 recursos de salud.	163
4.5.6 resultados de salud.	164
4.5.7 Perspectivas.	165
4.6 Análisis comparativo.	166
4.7 Propuestas generales para mejorar los Sistemas Nacionales de Salud.	169
Conclusiones.	171
Anexos.	179
Bibliografía.	184

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11

INTRODUCCION

Los niveles de salud de una persona y así mismo, los de la comunidad, se afectan por la conjunción en mayor o menor grado, de tres diferentes elementos: el armamentario Biológico con el que cada quien es dotado a través de los mecanismos genéticos; lo que se encuentra en el medio ambiente que nos rodea como las condiciones de vida y el contacto con los agentes patógenos o las sustancias tóxicas que perturban ese funcionamiento armónico; y finalmente, los que resultan del comportamiento humano como las conductas riesgosas para la salud.

También en forma muy importante, incide en el estado de salud del individuo y de la colectividad, la respuesta organizada, para contender con la problemática de salud; es decir, los sistemas de salud que incluyen las políticas y programas, los cuales indican las formas en que deben aplicarse, para hacer mas efectivos, los recursos que la sociedad pone en juego a fin de superar problemas y disminuir riesgos.

A partir de la Seguridad Social se ha ido forjando a través de la historia, un derecho legal y establecido de acceder a los servicios de salubridad para mantener un estado óptimo de salud en todo ser humano.

La continuidad de las políticas sociales y de las políticas públicas en el Sector salud, es multifactorial. Depende de una adecuada planeación, de la importancia que para los tomadores de decisiones tenga con respecto al grueso de la población; así como de factores económicos que involucran conceptos de crecimiento y desarrollo. El cómo se ha conceptualizado y percibido la seguridad social y la salud a través del tiempo, también ha impactado positiva o negativamente en su estructura. Sin embargo, de cualquier manera, la salud es un bien superior indispensable para la vida humana, para el trabajo, y cualquier actividad que se desempeñe.

Este trabajo de tesis pretende acercarnos a medir en México la continuidad de las políticas públicas de salud, como parte del bienestar social, y analizar como se relacionan los diferentes actores que intervienen para que ésta cualidad se dé, ya que es un factor muy importante en la impartición de servicios de salud como parte de acceder a resultados sustanciosos y concretos en el estado de salud de la población. En nuestro país, este punto ha sido muy quebrantado a través del tiempo y aunque se ha fortalecido gradualmente, no ha logrado alcanzar un óptimo digno y decoroso para sus habitantes; además de que este azaroso tema, como tal, ha sido muy poco manipulado en documentos científicos. Incluso en las organizaciones internacionales no se le ha dado la debida importancia, mas bien se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfocan en unificar un mismo patrón de sistemas de salud para países similares en desarrollo y con necesidad de mejorar sus niveles de salud.

Esta situación ha sido en parte porque el abordar el tema incluye variables cualitativas y cuantitativas donde es difícil establecer criterios de medición que arrojen resultados valiosos y poder incidir en la mejora de la continuidad y por ende, en un mejor nivel de salud. Sin embargo, el que la continuidad abarque este tipo de variables, es posible acercarse a definir su existencia. La importancia de esta práctica radica en que, la salud al ser un bien superior con características propias muy especiales, el lograr influir favorablemente en sus resultados, requiere en el largo plazo, mayormente de acciones continuas y costosas; ya que ofrece resultados positivos de manera retardada. Esta cualidad se ha convertido en un factor que la desfavorece ya que no se fomentan políticas sociales y de salud, convenientes al debatir por ejemplo: en terrenos políticos electorales respecto de cual debe ser la guía social a seguir. Una evidencia de ello es la práctica de campañas masivas de vacunación que sí arrojan resultados "majestuosos y lucidores" que pudiesen ayudar en situaciones como una contienda electoral. Este tipo de conductas político-sociales solo van empobreciendo y debilitando el Sistema Nacional de Salud (SNS). El efecto es muy costoso y lamentable; sin embargo no se ha roto del todo, con la práctica de esquemas de atención a la salud inerciales y solo ajustados a situaciones surgidas en el corto plazo, pero que no planifican ni aseguran bienestar en este rubro en el largo plazo.

Esta tesis abarca el tema desde el sexenio del Gral. Lázaro Cárdenas en 1934, y es justamente el periodo en que hay informes oficiales de las actividades de cada Mandato presidencial, hasta el año 2000. Su aportación principal es que se centra en un acercamiento de medición a la continuidad en tres sexenios con similitud de criterio, conociendo los resultados de los indicadores que se consideraron mas relevantes, a partir de 1982 con el presidente Miguel de La Madrid Hurtado, quien marca una nueva etapa de Gobierno donde por primera vez se presenta un Plan Nacional previo al desempeño de las funciones presidenciales. Continúa con Salinas de Gortari y concluye con Ernesto Zedillo Ponce de León en el año 2000.

La metodología utilizada puede servir para realizar investigaciones mas amplias que puedan aportar elementos valiosos para todo aquel que se involucre en el tema, o incluso, para los tomadores de decisiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el capítulo uno se incluyó básicamente el marco teórico referente a la Seguridad Social la pertinencia de la intervención del Estado, la discusión al tratamiento de la salud, cómo influye la enfermedad en el desarrollo económico y la propuesta de los parámetros de medición de la continuidad. Se trata de sustentar teóricamente el desarrollo del tema. Se incluyó un apéndice que contiene la evolución histórica del concepto salud-enfermedad, según los modos de producción, desde la sociedad primitiva hasta el capitalismo, ya que el hombre como ente dominante, diseña orienta y reorienta el cómo manejará las medidas y las políticas de salud, con base en su relación directa y causal con dichos modos de producción en que se desenvuelve. Incluye también los conceptos básicos que se consideraron indispensables para comprender el desarrollo de este trabajo de tesis.

El capítulo dos presenta una perspectiva histórica de la Seguridad Social en México y como se fueron desarrollando los servicios sanitarios desde el mandato del Gral. Lázaro Cárdenas en 1934, hasta la conclusión del Gobierno de José López Portillo en 1982. Ese periodo de tiempo marca el inicio y fin de una época donde hay registros oficiales del desempeño presidencial con la peculiaridad de carecer de la planificación previa al inicio de cada mandato. Este análisis tiene la intención de mostrar que desde tiempos memorables la continuidad no ha sido la tónica de las políticas sociales y de la salubridad en México.

En el capítulo tres se aplica con mayor puntualidad la propuesta de medición de la continuidad y, para ello se uniforman los criterios; primero, por la existencia de información registrada en las fuentes oficiales como el INEGI y la SSA, y también porque al inicio del sexenio del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se presentó por primera ocasión el Plan Nacional de desarrollo, lo cual diferenció al periodo anterior y dio mas elementos para observar la continuidad del desarrollo del sector salud.

Se anexó un apéndice donde se construyen regresiones que abarcan el periodo 1980-2000, y tratan de cuantificar en forma de estimación, la relación entre diversas variables de índole económica e indicadores de salud como: la esperanza de vida, mortalidad y mortalidad infantil como dependientes, y su interacción con otras. Es decir, la idea fue concretar la medición de la continuidad a través del tiempo, y explicar mejor que, conforme se comportan las relaciones entre esas variables, se conocen las pautas de acción que se han seguido, a la vez que sugiere por dónde se puede caminar hacia un mejor desempeño del SNS. Estos cálculos se hicieron con la aplicación del método de Mínimos Cuadrados Ordinarios con la ayuda del paquete básico E. Views versión 3.1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El capítulo cuatro muestra algunas políticas dictadas por la OMS referentes a como debe desempeñarse el sector salud en las naciones.

También se muestra el desempeño del sistema de salud Canadiense y Chileno, usados como punto de referencia para ubicar a México respecto de lo que ha sido el desarrollo de su SNS, tomando en cuenta los criterios propuestos del desempeño de la continuidad. Según las evaluaciones de la OMS, Chile es considerado exitoso en sus niveles de salud alcanzados, a pesar de ser un país en vías de desarrollo con una economía menor a la mexicana en magnitud, y tener una historia socioeconómico-política de sobresaltos, y que sin embargo, ha sido más continuo y estratégico en su conducción. Es por ello que se le consideró una nación equiparable con nuestro país. Canadá se incluyó por ser uno de los países que goza en el ámbito mundial de los primeros lugares en sus niveles de salud lo cual lo hace un buen punto de referencia para los países latinoamericanos, evitando caer en la imitación de modelos poco oportunos para economías menos desarrolladas como la de México. Al final se enumeran algunas propuestas que contribuyen al mejoramiento del desempeño y continuidad del sector salud de cualquier nación o entidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO UNO MARCO TEORICO

I. POLÍTICA Y SEGURIDAD SOCIAL

La política social tiene diversas acepciones conceptuales y aplicativas, se puede definir como aquella que se dirige a la satisfacción de necesidades sociales fundamentales a través de bienes colectivos, y tiene su máxima expresión en la Seguridad Social (SS) la cual otorga en diversas formas, servicios de salud. Es también un conjunto de normas y principios que tienden a establecer mecanismos capaces de garantizar a la mayoría de la población, la elevación de sus índices de bienestar social, haciendo menos intensas las grandes diferencias sociales y hacer más equitativa y justa, la distribución de la riqueza.¹

La SS se define como un esquema de aseguramiento de riesgos individuales mediante el manejo solidario de los recursos de la sociedad a través del cual el Estado asegura que todos los ciudadanos tendrán las mismas oportunidades económicas sin importar el grupo social al que pertenezcan.² La SS es una de las formas de bienestar más difundidas en el mundo y su finalidad es otorgar a los trabajadores y a sus familias servicios de salud y protección de su ingreso ante eventualidades derivadas de enfermedad, maternidad, desempleo, invalidez y vejez, muerte y otros. Por lo general se concluye en una pensión otorgada al trabajador al término de su vida productiva condicionada a una serie de características para los beneficiarios. Se financia a través de impuestos sustraídos de la ganancia de los trabajadores. Tiene por objeto prevenir y controlar los riesgos comunes de la vida y cubrir las necesidades, para obtener satisfacción vital para el individuo y es al mismo tiempo esencial a la estructura de la colectividad. La seguridad social es pues, un derecho público de observancia obligatoria y aplicación universal, para el logro solitario de una economía auténtica y racional de los valores y recursos humanos, que debe asegurar a toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para la subsistencia decorosa, libre de miseria, temor, enfermedad, ignorancia y despreocupación con el fin de que en todos los países e establezca mantenga y acreciente el valor intelectual moral y filosófico de su población activa, y sostenga a los incapacitados, eliminados de la vida productiva.³

¹ Ayala Espino José *Economía Pública*, Diccionario Moderno, UNAM pp. 378

² CISS, *Problemas de financiación y opciones de solución, Informe sobre la Seguridad Social en América 2002*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México primera edición, octubre 2002, pp. 1

³ Ayala Espino *op. Cit.* pp. 383

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La provisión de bienes sociales incluye una naturaleza no rival en su consumo con importantes consecuencias en: Una asignación eficiente de recursos, es decir, con un costo mínimo aquello que los consumidores necesitan más y; el procedimiento mediante el cual se conseguirá proveerlos.

Los beneficios obtenidos por los consumidores será la suma de los beneficios marginales donde deberá ser igual al costo marginal de agregar a un individuo más.⁴

Los tipos de esquemas que caracterizan la SS son a través de bienes preferentes o meritorios; es decir, son bienes deseados por todos pero no todos los adquieren; así el Estado se ve obligado a imponerlos a los ciudadanos aún en contra de su voluntad; lo que viola la soberanía del consumidor y hace al Estado adoptar una actitud paternalista. Es el caso de diversos programas como el Seguro social, la asistencia social, los programas universales, los programas patronales y otros programas derivados de las contribuciones de la elegibilidad como fondos de ahorro para el retiro y pensiones.⁵

Los sistemas de protección social son un elemento esencial de los sistemas económicos. Su participación en el presupuesto público llega a ser decisivo en el estado de bienestar alcanzado en la población de un país. Es decir, el monto destinado como porcentaje del PIB nacional es un factor determinante para la amplitud en la ejecución y de la variedad de estos programas sociales.

Los tipos de servicios de seguridad social donde va incluida la provisión de salud, de acuerdo al agente responsable de su administración y financiación, pueden ser: los que suministra la comunidad con su propio financiamiento, que en este caso se refiere al sector privado como proveedor de productos de salud; los que proporcionan organismos públicos tripartitos en los cuales participa el gobierno, los empresarios y los trabajadores, como es el caso del IMSS en México y; lo impartido por el Gobierno como principal contribuyente que en la provisión de salud lo ejemplifica la SSA.

Sin embargo, los esquemas de organización pueden variar significativamente, así como el tipo de servicios que comprende y al tipo de población que cubre: empleados, grupos vulnerables etcétera.

La Asistencia social incluye programas dirigidos a personas de bajos ingresos y son el conjunto de acciones tendientes a mejorar las condiciones de carácter social que impiden a los individuos su desarrollo integral así como la protección física mental y social de las personas en estado de necesidad

⁴ Musgrave Richard A, Musgrave Peggy, *Hacienda Pública teoría y aplicada*, Mc Graw-Hill 5ª Edición, 1992 pp. 55 a 58.

⁵ Ayala Espino José *Economía Pública*, Diccionario Moderno, UNAM FE pp 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y procurar su reintegración al ámbito familiar laboral y social. En general, comprende acciones de promoción, protección, rehabilitación y salud en caso necesario.

Los programas universales protegen a los grupos de personas vulnerables buscando elevar el nivel de su bienestar y crear un ambiente propicio de integración social, y que para disfrutarlos solo se necesita ser elegible por tener el individuo condición vulnerable; comprende programas de salud, educación, de alimentación, vivienda y otros.

Los programas patronales son los beneficios otorgados por los empleadores por mandato legal; incluye entre otros, el costo de servicios médicos además de otros daños y perjuicios, así como licencia pagada por enfermedad, maternidad y pensiones.⁶

1.1.-Intervención del Estado en la SS

El papel del gobierno es fundamental en la SS; es así que la intervención del Estado tiene tres grandes argumentos: eficiencia económica, equidad social y juego político.

* Lograr eficiencia económica en un mercado cuya regulación es el mecanismo de los precios según la teoría económica prevaleciente en la provisión de bienes y servicios, se hace necesario debido a las fallas en el funcionamiento del mercado que producen un desperdicio por cuatro razones: existencia de bienes y servicios públicos, efectos socialmente externos de las acciones individuales, mercados monopólicos en economías a escala y asimetrías en la información. Veremos a mayor detalle la primera razón ya que nuestro tema de desarrollo es salud:

Los B y S públicos que se encuentran disponibles para la mayoría de la población y el individuo no tiene control sobre ellos, donde según Samuelson (1954) son indivisibles o no rivales en el consumo, es decir, están disponibles para todos y como ya se mencionó, el proveer un servicio a una persona mas o a un nuevo grupo, no tendrá un costo adicional; su exclusión es inapropiada al disfrutar de ellos y, no hay mutua interferencia porque su consumo es no rival.

⁶ Ibidem pp. 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La salud es un bien imperfecto: puede producirse como bien privado y como bien público. Desde el punto de vista privado no es rentable producir B y S públicos de la salud, lo cual representa una "falta" del mercado; llamadas así porque violan los supuestos de la economía competitiva y por ello el Estado que no persigue lucro, los debe proveer, es decir los financia aunque no necesariamente los produzca. También puede brindarlos por un agente privado bajo concesión del Estado.

Considerando la provisión de productos de salud en las instituciones públicas, el otorgar atención a un paciente determinado, no excluye se le otorgue atención a más pacientes que soliciten el servicio en la misma unidad médica y en el mismo momento, ya que el costo marginal para los pacientes usuarios anteriores de añadir otro paciente adicional, no debería cargarse precio de admisión alguno. Sin embargo, el costo de proporcionar el servicio de atención a los pacientes, si aumenta por el uso de insumos consumibles en el corto plazo (capital constante) como por ejemplo: el personal médico que labora en una unidad hospitalaria podrá atender a cierto número mayor de pacientes dentro de una jornada laboral sin costo adicional, pero el material de curación, de diagnóstico, como el uso de reactivos de laboratorio, y medicamentos para su tratamiento del paciente, por mencionar solo algunos, si elevan el costo de proveer el servicio de atención a la demanda de salud de la población. El costo de atender a mas pacientes debe cubrirse u obtener financiamiento y debe determinarse la cantidad de servicio que se debe y es posible otorgar en las unidades de salud de carácter público según su capacidad instalada, donde para ello se hace necesario un proceso político de determinación presupuestaria, para que los derechohabientes afiliados a las diferentes opciones públicas de salud, les permita expresar sus preferencias y también les obligue a contribuir.

Es decir, aunque los multiproductos⁷ obtenidos en las unidades de salud públicas en cualquier nivel de atención⁸, están disponibles para la población adscrita, al proveerse a un grupo mayor de personas, si tiene un costo marginal adicional. El problema de gobierno consiste en decir la clase y cantidad de bienes que se suministrarán y cuanto se deberá cobrar a cada consumidor. El mecanismo del precio no es aplicable ya que no todos los individuos valoran de la misma manera los beneficios del bien.

En esta situación el proceso político entra en escena como sustituto del mecanismo del mercado. Los consumidores derechohabientes saben que están sujetos al resultado de la votación por tanto deben

⁷ Entiendase como *multiproductos*, a toda la variedad de servicios que otorgan las unidades médicas de primer, segundo o tercer nivel de atención médica, encaminadas a mejorar la salud del individuo y que son de diferentes características.

⁸ En el Primer nivel.- referente a prevención, en el Segundo nivel.- referente a curación y hospitalización y; en el Tercer nivel.- referente a Tratamiento curativo de alta especialidad

participar en el voto para que el resultado sea lo mas cercano posible a sus preferencias, y las participaciones en el costo del bien que se decida aplicar será a través del sistema fiscal. La imposición genera costos de eficiencia que no surgen en el mercado de bienes privados, y lo resultados no complacerán a todos los participantes por lo que solo se puede esperar que se aproximen a una solución eficiente según la homogeneidad de la preferencias de la comunidad y de la eficiencia del proceso de votación.⁹

La razón fundamental de la falla del mercado en proveer Servicios de Salud públicos es que los individuos tenderán a eludir el pago de tales servicios si lo pueden obtener gratuitamente. Así los pacientes no efectuaran pagos voluntarios a las unidades de salud oferentes de sus multiproductos; con ello la vinculación entre productos y consumidor se rompe y el Gobierno debe ocuparse de proveerlos.

La provisión de salud en el ámbito público igual que en el privado, también presenta fallas del mercado: las externalidades son el efecto de los servicios de salud producidos sobre el consumo o producción de otros agentes debido a que los costos marginales individuales no reflejan los costos marginales sociales; es decir, alguien paga o se beneficia por una actividad que no emprendió donde hay ausencia de derechos de propiedad bien definidos. Es decir, surgen de la producción y el consumo.

Si presentan un costo o una disminución son externalidades negativas, en cambio si originan un beneficio o incremento son externalidades positivas. Además pueden distinguirse las Externalidades tecnológicas; esto es, los efectos de las actividades de consumo o producción sobre la producción o consumo de otros agentes. Esto significa que la inversión pública en salud, tiene además de un rendimiento privado o individual, un efecto social; algunos ejemplos de externalidades positivas resultantes de la provisión eficiente de servicios de salud al grueso de la población son:

- Los servicios y bienes de salud se pueden producir en menor cantidad a la deseada por la comunidad, porque encontrarán en las unidades hospitalarias de carácter público la satisfacción a sus necesidades sin tener que pagar servicios privados.
- El impacto de los programas de salud pública se puede reflejar en la prevención de numerosas enfermedades disminuyendo la demanda hospitalaria de atención incluso de otras instituciones sociales; tal demanda absorbe el mayor porcentaje del presupuesto del sector salud por lo costoso de su provisión;

⁹ Ayala Espino José *Economía Pública*, Diccionario Moderno, UNAM pp. 220

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Es factible disminuir la duplicidad de la cobertura entre instituciones públicas donde los pacientes no requerirán acudir a varios nosocomios para satisfacer sus demandas insatisfechas de servicios de salud.
- Lo anterior da oportunidad a tener acceso a cobertura al sector de la población que aún no tenga acceso a la atención de salud.
- Es posible aumentar los años de vida productivos de la población lo cual se refleja en el aumento de la productividad en el trabajo individual y colectivo con disminución de costos para las empresas en el pago del factor fuerza de trabajo.
- Disminuye los años de vida perdidos; es decir, las personas tienen mayor posibilidad de vivir los años que, según la esperanza de vida al nacer prevalece en su año de nacimiento.
- Puede aumentar el ahorro privado de las familias debido al aumento de la productividad individual.
- Aumenta los años de vida saludables que a su vez tiene impacto en una mejor calidad de vida.
- Se puede tener mejor reasignación del presupuesto destinado al sector salud con mayor eficiencia en el uso de recursos.

Algunos ejemplos de externalidades negativas causadas por la posible ineficiencia del Sistema Nacional de Salud son:

- La cobertura puede ser insuficiente para cubrir el cien por ciento de la demanda de una entidad.
- La cuenta de gastos por otorgar servicios de salud se eleva al punto que el presupuesto sea insuficiente.
- La productividad laboral y el ahorro individual pueden verse disminuidos y generar costos en el individuo y en la producción.
- Las capacidades humanas es posible no alcancen su máxima expresión en cada individuo.

El efecto principal de las externalidades tecnológicas es la maximización del uso de los recursos y servicios de salud con una minimización de costos en todos los niveles de un Sistema Nacional de salud.

Las externalidades negativas ocasionadas por la ineficiencia de la provisión de servicios de salud, se producen con mayor cantidad que lo socialmente deseado; así que la solución para esa falla del mercado consiste en internalizar los efectos producidos por esos bienes de salud generando mecanismos de

compensación como son la regulación de los subsidios, la aplicación de tarifas impositivas o de algunas contribuciones de los derechohabientes que perciben ingresos. Sin embargo, lo más efectivo e importante es la reorganización, planeación, administración y ejecución adecuadas a las necesidades de un grupo humano específico, para hacer posible disminuir los efectos hacia fuera y elevar el nivel de salud de esa población.

Las asimetrías en la información en la provisión de servicios de salud en una economía pueden llevar a un riesgo moral y, la selección adversa, lo cual es una falla del mercado; es el caso si la población de una comunidad no tiene información o ésta es insuficiente respecto de los riesgos para su estado de salud que le pueden ocasionar ciertos hábitos y costumbres nocivos, genera un riesgo potencial para el decremento de su salud; igualmente si la comunidad no conoce la gama de servicios que un Sistema Nacional de Salud puede proporcionarle y cómo puede hacer uso de ellos, esa omisión de información predispone a la ineficiencia de los multiproductos producidos en una unidad hospitalaria y pone en riesgo la salud del individuo.

Una SS obligatoria por mandato del Estado puede solucionar problemas de asimetrías y sus riesgos a diferentes niveles porque hay mayor posibilidad de diversificar los riesgos.

* Para lograr eficiencia-eguidad en otorgar multiproductos de salud, se hace necesaria la intervención pública y se justifica en términos de ganancias de eficiencia en la economía e individuales o para mejor redistribución de los recursos, así la sociedad podría disfrutar mas de los Bienes y Servicios de salud con los mismos recursos y, se alcanzaría un nivel de salud mas elevado en la redistribución de un grupo social a otro de acuerdo con una ética social.

*El orden político, como ya se explicó, es también una razón de peso ya que la toma de decisiones se puede ver dominada para beneficio de un juego político en particular, el cual no sea precisamente el garante del bienestar social y la oferta mas idónea de favorecer la producción de servicios de salud a la comunidad en general, aunque en su mayoría implícita un desperdicio de recursos del Gobierno.¹⁰

¹⁰ CISS, *Op. Cit.* pp. 6

1.2.- La eficiencia económica y la SS

La importancia de la SS en el desarrollo de los países radica en que ofrece beneficios generados a través de los servicios de salud, la cual ha sido otorgada como uno de los elementos del capital humano de la población que contribuye a elevar la productividad de los trabajadores y por ende favorece el crecimiento económico por ello se considera clave la SS en los procesos de desarrollo de los países. Algunos argumentos ya mencionados de estas posturas según el Banco Mundial son:

- Un estado de salud deficiente es una de las principales causas de baja productividad laboral en naciones en vías de desarrollo las que no tienen acceso a un sistema de salud adecuado. Las mejoras en salud favorecen el crecimiento económico en al menos cuatro formas: reducen las pérdidas en producción derivadas de la enfermedad de los trabajadores; permiten la utilización de recursos que serían total o prácticamente inaccesibles debido a enfermedades, incrementan la matrícula estudiantil sana que aportarían sus conocimientos y liberan el uso de los recursos para atención de enfermedades hacia otros rubros.¹¹
- Las prestaciones monetarias y el descanso durante una enfermedad contribuyen a la recuperación de los trabajadores ya que eliminan la presión física, emocional y financiera y evitan que el resto de sus trabajadores vean afectada su productividad por contagio.
- La maternidad al tener seguro garantiza, una futura fuerza laboral saludable y para propiciar el buen estado de salud de las madres trabajadoras.
- Las pensiones facilitan la salida de trabajadores de la fuerza laboral cuya productividad ha decaído por enfermedad o vejez.¹²

Estas y otras categorías por lo general solo se aplican a cotizantes a excepción de los programas universales y de asistencia social quienes también proveen servicios de salud. Por tanto, la SS cumple también una función redistributiva entre distintas generaciones la cual debe ser inherente a cualquier tipo de régimen que funcione; ya que a quienes se les cobran cotizaciones o impuestos, contribuyen a que los desempleados reciban en bienes y servicios esas contribuciones.

Con relación a todo lo anterior es evidente que el impacto de la salud sobre la economía se relaciona íntimamente con múltiples variables de índole social, micro y macro económicas, y estructurales como

¹¹ CISS, *Op. Cit.*, pp.. 4

¹² CISS, *Op. Cit.*, pp. 5

son: educación, ahorro, productividad, indicadores de bienestar, fertilidad, longevidad, crecimiento y desarrollo principalmente. Con vista en tales variables se estudian una serie de aristas del impacto salud-economía: La salud como inversión en capital humano, problemáticas comunitarias y de género, políticas aplicadas etc. Esta última arista reviste gran importancia además de lo dicho anteriormente, también por fungir como guía en el empleo de recursos y la interacción de las variables mencionadas y escenarios diversos y su causalidad con la salud y economía.

Los efectos de la salud sobre el crecimiento económico son a largo plazo; esto ha influido para no darle importancia como tema de investigación a corto plazo. Es hasta hace algunos años que ha tomado mayor relevancia debido a los costos que genera el tratamiento a la mala salud.

1.3- Influencia de la enfermedad en el desarrollo económico

Las tres formas principales en que la enfermedad impacta el bienestar económico y desarrollo son:

- Reduce el número de años de la esperanza de vida saludable. Las muertes en edad joven se convierten en pérdidas económicas a la sociedad debido a que se traducen en cientos de millones de dólares en los países de bajo ingreso por año.¹³
- La segunda forma es el costo que genera invertir en las enfermedades perinatales de los recién nacidos en donde sobre todo en sociedades donde hay alta mortalidad infantil (menores de 1 año y hasta 5 años). Se ha visto que esta experiencia en el núcleo familiar tiende a aumentar la natalidad quizás como una situación de balancear la ausencia del infante muerto. Esto conlleva a que en las familias numerosas, se reduzca la posibilidad de las familias pobres de invertir en salud y educación para cada niño, de manera concreta. Es decir se da un proceso de intercambio de "calidad-cantidad"¹⁴
- El tercer efecto se refiere al aumento en la inversión de infraestructura para dar atención a la salud, más allá de la disminución en la productividad del individuo.

¹³ Sachs Jeffrey D. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* Printed in Canada 2001/13984 Ed. management: Dyna Arhin-Tenkorang, M.D., Ph.D. pp. 29.

¹⁴ *Ibidem*, lo indica Gary Becker y colegas.

Por su parte las enfermedades endémicas y epidemias pueden minar la cooperación social (transferencias) e incluso la estabilidad política y macroeconómica.

En el individuo, como resultado de la enfermedad, se pierde el bienestar económico; una cuantía económica de ello incluye:

La reducción del ingreso del mercado, la disminución de su longevidad, la reducción del bienestar psicológico por el potencial dolor y sufrimiento, incluso cuando no haya ninguna reducción de su ingreso. Conjuntamente, la reducción del ingreso implica: costos en el tratamiento médico, pérdida del ingreso por la enfermedad en ese periodo, pérdida de capacidad adquisitiva en la vida adulta por enfermedades padecidas en la niñez; y pérdida de capacidad adquisitiva futura por mortalidad prematura¹⁵

Los efectos adversos de la enfermedad pueden durar en tanto el ciclo de vida entero con secuelas físicas y/o cognitivas lo cual tiene efecto en el aprendizaje, sobre todo si hay nutrición deficiente o incluso anemia. Con ello es más factible el abandono escolar, y/o la disminución de la productividad laboral en comparación con un trabajador bien nutrido.

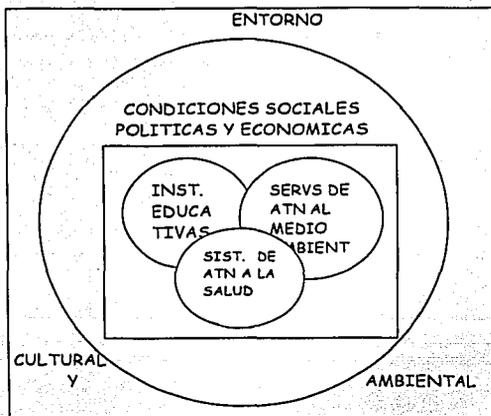
La salud deficiente de un adulto también puede ocasionar la muerte de un niño sano porque los recursos de esa familia se dirigirán hacia ese adulto y descuidarán la cobertura de las necesidades de los otros miembros de su familia. También reducirá el traslado del conocimiento del padre al hijo.

La conclusión a la que se aterriza es que el valor de un año de vida saludable es el resultado del tratamiento exitoso de una enfermedad cualesquiera que sea e implica mayor ganancia en el mercado. De esta forma, si un individuo muere joven las pérdidas económicas se pueden contabilizar según el resultado de la suma de años de vida perdidos: que equivaldría a tres veces la ganancia anual. Finalmente esto afecta el nivel de crecimiento del PNB en un 35% aproximadamente y en consecuencia el ingreso per cápita, que desmerece el ingreso destinado a la salud para cada individuo, además de las pérdidas sociales mencionadas.¹⁶ Teóricamente, hay evidencia de causalidad de largo plazo de la salud hacia la economía, según los resultados de regresiones multivariadas hechas por Solow y otros, por lo cual es fundamental el estudio, investigación, planeación y seguimiento de la problemática de salud para contribuir al crecimiento sostenido y sustentable. Knowles y Owen (1995, 1997), incluyeron la salud en el modelo de Solow extendido de Mankiw, Romer y Weil (1992) encontrando más significativos los indicadores de salud en la forma de cómo impactan la economía.

¹⁵ Ibidem pp 30, una meta del análisis económico es contabilizar monetariamente estas pérdidas para contabilizar los beneficios económicos en caso de disminuir la enfermedad en los individuos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1
ELEMENTOS BASICOS DE UN SISTEMA DE SALUD



Todos los sistemas de salud cumplen ciertas funciones: proporcionar servicios de salud y personales y no personales; generar los recursos humanos y físicos necesarios para que eso sea posible; recaudar y poner en común los ingresos empleados para adquirir servicios; y actuar como administradores generales de los recursos, los poderes y las expectativas que se les confían.

En todos los sistemas de atención a la salud vistos de manera integral permiten identificar en todas las sociedades tres componentes básicos:

El popular, que es el que proporcionan las amas de casa y otros elementos informales no profesionales; el tradicional en el que se incluyen los diferentes personajes especializados englobados en términos de curanderos brujos y otros; el Institucional constituido por organismos públicos y privados.

El diferente grado de eficiencia con que los sistemas de salud se organizan y financian y responden a las necesidades de la población dependerá la eficiencia de sus resultados.

¹⁶ Ibidem pp. 30

1.5 Discusión

En México como en todas las naciones, la salud como parte de la seguridad social, ha sido fundamental para alcanzar un bien vivir y un requisito indispensable para el desarrollo humano en todos sus ámbitos. La desigualdad económica, consecuencia de la deficiente aplicación de políticas económicas y sociales, ha frenado el crecimiento a través de mecanismos implícitos e indicadores relacionados con la falta de inversión en capital humano. Desde el punto de vista de la salud, tal situación sería a la vez causa y efecto (según sea el caso) de bienestar. El ingreso en este sentido, por sí mismo no mejora directamente el alcance de los indicadores de salud. Sin embargo, sí se pueden tener mayores resultados favorables con la aplicación de políticas de salud pertinentes con el mismo ingreso, además de que debe haber continuidad en ellas. Así, el resultado final es consecuentemente, el bienestar o el malestar social.

Aunque los resultados obtenidos en países latinoamericanos años atrás, no son del todo favorables, el aporte de los servicios sanitarios al bienestar social ha sido, es y será un factor importante. Es importante considerar que la salud se comporta como un bien superior: se valora relativamente más con mayor educación y riqueza, a la vez que se retroalimenta con un efecto positivo entre ambos factores: un buen estado de salud otorga mejores oportunidades de ingreso en el mercado laboral y ayuda a disfrutar otros bienes en el transcurso de la vida.

La importancia de la inversión en salud se reitera por los modelos de crecimiento endógeno los que señalan que las tasas susceptibles de ser afectadas por políticas específicas de crecimiento, y por las teorías de capital humano son decisivas para la convergencia social entre individuos o regiones.¹⁷ De hecho se puede inferir empíricamente que el potencial del gasto sanitario puede ser tomado en cuenta como factor de crecimiento económico.¹⁸

Para tener un crecimiento de recursos sanitarios, es necesario medir correctamente los resultados de lo invertido respecto de su eficiencia y efectividad tanto sobre la base del bienestar de los individuos, como de otros indicadores de corte económico. Con referencia a ello, El autor Guillén López i Casasnovas afirma que la duplicación del Gasto sanitario sobre la renta nacional ha sido un factor común, y que debido a la medicación excesiva, se llega a que el individuo no se haga del todo responsable del cuidado de su salud debido a la falta de prevención. Es decir, los gastos en salud tienden a aumentar

¹⁷ López i Casasnovas Guillén y Ortín Rubio Vicente, *Economía y Salud* Fundamentos y políticas, Ed. Encuentro feb, 1998 pp 15.

¹⁸ Gonzalez Páramo, 1994.

por la persistencia de un modelo curativo de atención, el cual es más costoso de sostener, y mucho menos eficaz, en comparación con un modelo preventivo.

Este autor también afirma que el éxito del sistema sanitario se puede medir si se ha logrado aumentar la esperanza de vida pero, con ello se aumenta la demanda e implica mayores costos en el futuro: las personas desearan vivir más años y por lo tanto demandarán más los servicios de salud. Con este supuesto se dificulta otorgar la de por sí ya insuficiente cobertura de los servicios de salud a la mayoría de la población, lo cual hace difícil aumentar la esperanza de vida.

Estos resultados tienen validez porque las políticas de salud tienen un corte curativo y no preventivo, y se gasta mayor porcentaje en el segundo y tercer nivel de atención, plasmado en los sistemas de salud, donde esta política ineficiente explica gran parte de la creciente brecha observada en las tasas de mortalidad entre los ricos y los pobres como es el caso de México y otros países en todo el mundo. Por lo cual se debería reestructurar la política en un intento de disminuir los costos en el futuro sin disminuir la cobertura de acceso a los servicios de salud a la población. Es preocupante saber el límite financiero que puede significar y las presiones financieras que ello puede ocasionar en el largo e incluso en el mediano plazo.

Tal realidad se intentará demostrar en el presente trabajo midiendo las variables pertinentes de salud relacionadas con la economía.

La intervención pública en salud, debe considerarla de manera diferente del resto de los bienes, verla como bien de mérito preferente o tutelar bajo la visión de los criterios de justicia social.¹⁹

Desde el punto de vista de la equidad, la garantía individual de las capacidades básicas es igualmente un argumento que debe hacer valer la intervención pública. La conclusión es que las intervenciones públicas en los mercados de salud se deben justificar en la medida que garantizan un acceso a la salud para todos, suficiente para conservar la vida y desarrollar su potencial humano. No se trata de consumo de servicios igual para todos, sino de otorgar suficiencia para garantizar las capacidades básicas de la población. Lo que ello deba incluir es totalmente debatible: es el cómo debe ser la intervención, y por ello es también este tema retomado en este trabajo de tesis.

¹⁹López i Casasnovas *Op. Cit.* pp 39

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.6 ¿EXISTE CONTINUIDAD EN LAS POLÍTICAS DE SALUD?

En el sector salud, al igual que en otros sectores, la continuidad es la unión natural que deben tener las partes entre un programa y otro posterior, para lograr una reproducción prolongada de aplicación y, así mismo obtención de sus resultados. Las Políticas de Salud, que son aquellos lineamientos establecidos por el Gobierno, para proveer y mejorar la salud de la población, para preservar la continuidad, deben ser consideradas "Políticas de Estado", ser perseguidas y mejoradas, sin importar la ideología o afinidades partidistas en el poder. No deben ser cambiadas circunstancialmente, el abandono, o peor aún, la pérdida de rumbo, sin planificación y debate, solo conduce al retroceso.²⁰

Desde la perspectiva de política social, este tema ha venido tomando relevancia y también ha asumido los riesgos de transformarse en "palabras huecas". Se entiende poco qué son las políticas de salud porque, como término nuevo sobre él hay escasa experiencia y factores poco científicos en la medición de continuidad. Pero ello supone un cambio en la forma de pensar y de actuar en la política sanitaria, es decir, en las decisiones sobre los sistemas o servicios de salud y al quehacer de los actores políticos.

Tal confusión semántica se debe a la falta de palabras diferentes para concebir políticas y políticos: La lengua inglesa define "politics" como lo que hacen los políticos y "policies" las acciones organizadas para la prestación de servicios a la población.

En el segundo caso la interpretación errónea se debe a que tradicionalmente el único tipo de planificación de actuaciones dirigidas a resolver los problemas de salud de la población ha estado basado en el desarrollo de servicios sanitarios.²¹

Son pocas las experiencias de cómo llevar a la práctica las políticas de salud porque el desconocimiento sobre cómo desarrollarlas y cómo evaluar sus resultados es grande. Hasta ahora no ha existido un marco teórico ni una metodología cercana al sector sanitario que permitiera aplicar las modificaciones estructurales de los entornos donde se genera y se pierde la salud o la participación de los ciudadanos en las políticas. Las experiencias existentes, con algunas excepciones, se han basado más en los modelos biomédico y experimental, que en los sociales y de acción, que serían los más adecuados. Así, se ha contribuido a la confusión y falta de credibilidad de sus resultados. Se han considerado como políticas de salud campañas informativas o educativas dirigidas al cambio individual de conductas de riesgo para la salud, que no han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud. Además, sus resultados se

²⁰ documento de la Comisión de salud del partido nuevo 1999.

²¹ Colmer Revuelta Concha, *Informe SESPAS Las políticas de salud, evaluación de los objetivos*. Sevilla España 1999, pp 2.

han medido en términos de disminución de la morbilidad y mortalidad, que no son indicadores absolutos para su evaluación.²²

Se sabe que la salud y su pérdida obedecen a procesos multicausales complejos, en los que intervienen factores sociales cuya modificación no depende de las personas individuales, por lo que los programas que los ignoran adolecen de peligrosa ingenuidad. Aplazar los esfuerzos y recursos indefinidamente, por actuar en otras aristas en que si se tiene dominio, supone un derroche de los recursos públicos, una falta de responsabilidad social, una desmotivación de los profesionales que realizan trabajos con poca efectividad y el engaño a la población a quienes se les hace sentir que son los únicos responsables de sus problemas sanitarios.

No es casual que no existan indicadores planteados por la OMS ni por el Ministerio de Sanidad para la evaluación de las políticas de salud, ello demuestra la falta de conocimientos científicos y el escaso interés político en desarrollar facetas que suponen compromisos difíciles de cumplir.²³

Aunque se ha realizado el esfuerzo de formular planes de salud, que podrían haber servido de plataforma para el desarrollo de políticas de salud, su desarrollo se ha circunscrito al sector sanitario y, a lo más, con colaboraciones para programas de educación para la salud.

Las actuaciones para abordar con objetivos concretos y explícitos, aspectos con importantes repercusiones para la salud no han sido más que declaraciones de interés, experiencias concretas de investigación, ó demostraciones de buena voluntad o de populismo de algunos gobiernos, que no han contado con los apoyos políticos, técnicos y financieros necesarios.

La complejidad y el impacto potencial de las políticas de salud dependen en gran medida del ámbito desde el que se formulen y al sector que se pretendan aplicar los programas promovidos por la OMS han conseguido impulsar redes de colaboración para el intercambio de experiencias que aumenten el conocimiento sobre cómo llevar a la práctica las políticas de salud en otros países. Sin embargo, en las acciones concretas de estas redes, se percibe mayor interés por lograr la modificación de conductas individuales y colectivas. Por ello se hace necesario plantearse estos temas de análisis, práctica y evaluación de las políticas de salud en diferentes ámbitos con métodos pertinentes.

²² Colmer Revuelta *Op. Cit.* pp 3.

²³ *Ibidem*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.7.- PARÁMETROS DE MEDICION DE CONTINUIDAD

No hay un modelo teórico donde la continuidad en salud sea desarrollada y medida formalmente.

El estado de salud se puede medir por medio de las siguientes tres variables las que como se expresará a continuación, para su construcción involucran cualidades de la aplicación del SNS: la esperanza de vida, la morbilidad, la mortalidad general y en menores de un año, los años de vida ganados y/o perdidos por salud o enfermedad del individuo. Por lo tanto, el estado de salud de la población es la resultante más pertinente para medir la continuidad de las políticas de salud: si estas han tenido constancia y oportunidad, se verá reflejado en el valor de los indicadores mencionados, porque en ellos va implícito toda la gama de estas políticas públicas: gasto ejercido, administración y organización, recursos físicos, humanos y materiales, centralización, promoción a la salud, acceso a los servicios de salud, cobertura, entre otros. Sin embargo, la propuesta de este trabajo de tesis es hacer mediciones empíricas que brinden un acercamiento entre la relación de la continuidad de las políticas públicas de salubridad en cada sexenio y a lo largo del tiempo, y su relación con el avance de la salud y el bienestar social de la población. Al no existir aristas teóricas precisas, he definido el siguiente criterio de medición con base en lo concluido según lo mencionado en el marco teórico, lo observado en los estudios e informes presentados por las organizaciones internacionales y nacionales de salud en las cuales se usan desde diversos puntos de vista tales variables como elementos de medición; considero que la conjunción de los mismos para efectos de análisis de la continuidad salud como parte del Bienestar social, puede ampliar la riqueza de los resultados y con ello observar la importancia y oportunidad de tener continuidad en la planeación: El estudio se hará con mayor puntualidad, a partir de 1982 al 2000 a través del análisis del PIB real, del gasto en salud en el ámbito público, del PIB per cápita en salud, sus tasas de crecimiento y crecimiento promedio, así como su variación porcentual: de la revisión de las políticas sociales y económicas sexenales de gobierno y de los planes principales derivados de las mismas, del análisis de recursos humanos y materiales disponibles de salud y la construcción de sus indicadores de variables como: habitantes por médico, habitantes por enfermera, unidades médicas, camas censables. Los indicadores de salud pertinentes para medir el impacto final de las políticas en los resultados finales de salud son: la Esperanza de vida, mortalidad, morbilidad. Así tenemos:

1.7.1. *Indicadores:* son cifras obtenidas mediante procedimientos estadísticos que reflejan la situación de salud de una población. Pueden ser cifras absolutas o relativas y constituyen proporciones,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

porcentajes, tasas o índices, según el modo de calcularlas. Sus valores son adoptados por los Comités de Expertos en estadística de las Naciones Unidas según el constante de multiplicación utilizada.

1.7.2. Tasa de crecimiento: Es la tasa por la que se determina el aumento o disminución de la población en un determinado año debido al aumento natural y a la migración neta expresada como porcentaje de la población base.²⁴

1.7.3. Tasa de crecimiento promedio: Es la tasa promedio de crecimiento en su aumento o disminución por la que se determina el movimiento de una variable en un periodo determinado.

1.7.4. Variación Porcentual: Es la medición en porcentajes, de las modificaciones de crecimiento que sufre una variable con respecto a su aumento o disminución, de un espacio de tiempo a otro. Es decir, es la distancia que existe al aumentar o disminuir una variable de un periodo a otro. Se calcula:

$$\text{Variación porcentual} = (b-a)$$

1.7.5. Variación porcentual promedio: Es la distancia promedio medida en porcentajes, de aumento o disminución del crecimiento de una variable en un periodo determinado; su operación es:

$$n\sqrt{\left(\frac{b}{a}\right)} - 1 * 100$$

Las variables económicas analizadas en este trabajo de tesis son las siguientes:

1.7.6. PIB real: El Producto Interno Bruto real es la medida de todos los bienes y servicios finales producidos por una entidad económica, en un periodo determinado usualmente un año y evaluados con el deflactor implícito del PIB para corregir el efecto de la inflación en los precios y saber el crecimiento real del este. El índice de precios de los bienes y servicios es el deflactor implícito del PIB y es así porque la proporción del PIB nominal con el real se llama deflactor porque se puede dividir el PIB nominal entre esa proporción para corregir tal efecto inflacionario en el PIB; esto resulta porque:

$$\text{Deflactor del PIB} = (\text{PIB nominal}/\text{PIB real}). \text{ PIB real} = (\text{PIB nominal}/\text{Deflactor del PIB})$$

²⁴ SSA, Estadísticas Vitales 1999, Noviembre 2000 Dirección General de Estadística e Informática.

Es decir, es implícito porque primero se construye una medida de cantidad, el PIB real, y después se compara el movimiento del PIB en pesos corrientes y constantes para estimar la variación de los precios.²⁵

1.7.7.- *El Gasto público en salud*: Es la magnitud del gasto público en bienes y servicios para el cuidado de la salud como proporción del gasto nacional de salud, para una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo usualmente un año, y expresado como un porcentaje del gasto nacional. Es un indicador de cobertura, de acceso y recurso e incluye la cobertura de la provisión de servicios de salud preventivos y curativos, asuntos y servicios de salud pública, investigación aplicada en salud y sistemas de abastecimiento y distribución médicos, excluyendo la provisión de agua y saneamiento. En suma, incluye todos los gastos de un país con bienes y servicios para la atención de la salud. Consiste en gastos de capital y recurrentes de los gobiernos centrales y locales, incluyendo transferencias a otras instituciones gubernamentales, préstamos y donaciones externas, además del gasto en salud de los sistemas de seguridad social. La información sobre sus montos es registrada en reportes de Institutos de Seguridad Social, en Cuentas Nacionales de Salud (CNS), anuarios estadísticos oficiales e informes del FMI sobre finanzas gubernamentales. Su cálculo es: el monto destinado al gasto total en el sistema nacional de salud como porcentaje del PIB nacional.

1.7.8.- *Gasto per Cápita en Salud*: Es la magnitud del gasto público para cada uno de los habitantes de una determinada economía nacional, como proporción del gasto público en salud, gastado en bienes y servicios para el cuidado de la salud, en un periodo dado de tiempo usualmente un año, y expresado en pesos, ó como porcentaje del gasto público en salud nacional. Es también un indicador de cobertura, de acceso y recurso e incluye la proporción de todos los gastos de un país con bienes y servicios para la atención de la salud, a la que tiene acceso cada uno de los habitantes de una economía. Su cálculo se construye:

$$\left(\frac{\text{Gasto público en salud}}{\text{deflactor implícito del PIB}} \right) / \text{población legal} * 1000^{26}$$

²⁵ Froyen Richard T. "Macroeconomía" teorías y políticas, ed. Prentice-hall Hispanoamericana, S.A. quinta edición, 1997, pp. 19 y 20

²⁶ Cálculos propios.

Las variables de servicios, recursos físicos y humanos de salud a analizar son:

1.7.9.-Cobertura: Es el número de personas beneficiadas por los servicios de salubridad debido a la posibilidad de acceso a las unidades de salud, por tener algún tipo de filiación a las unidades médicas, La construcción de este indicador es:

$$\text{Población derechohabiente} / \text{población legal} \times 100^{27}$$

1.7.10.-Unidades Médicas para cada 100 mil habitantes: Las unidades médicas son los establecimientos de instituciones públicas, para la atención a la población, la construcción del indicador suma los establecimientos de los tres niveles de atención para cada mil habitantes, y toma en cuenta la población legal; es decir, no solo la derechohabiente. Se calcula: Unidades Médicas / población legal $\times 100^{28}$

1.7.11.-Camas censables para cada 100 mil habitantes: La cama censable es la que está en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días de estancia. El cálculo de su indicador mide el número de camas censables disponibles para cada cien mil habitantes. La suma total de estas incluye el número de camas censables con que cuentan las instituciones de salud públicas, y consideran además de las hospitalarias, las que se tengan en primer nivel de atención; excepto²⁹, las No censables³⁰. Su construcción es la siguiente:

$$\text{Camas censables} / \text{población legal} \times 100,000^{31}$$

1.7.12. Médicos para cada 100 mil habitantes³²: Este indicador se refiere al número de médicos en contacto directo con el paciente; es decir, quienes realizan actividades de atención directa a la salud

²⁷ Ibidem con base en la observación de las formulas utilizadas para la construcción de indicadores de la SSA, Estadísticas Vitales 1999, Noviembre 2000 Dirección General de Estadística e Informática pp. 396

²⁸ Ibidem.

²⁹ SSA, Estadísticas Vitales 1999, Noviembre 2000 Dirección General de Estadística e Informática pp. 401

³⁰ La cama no censable o de tránsito, es la que se dedica a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos; y no genera egresos hospitalarios.

³¹ SSA, *op. Cit.* pp. 396

³² Los médicos son las personas que cuentan con título y cédula profesional para desempeñar labores relacionadas con la atención médica mediante el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en la población.

de pacientes propias de su profesión, potencialmente disponibles para cada cien mil habitantes de la población legal del país. La construcción de este indicador es:

Total de médicos en contacto directo/ población legal x 100,000

1.7.13. Enfermeras para cada 100 mil habitantes: Las enfermera(o)s son las personas que se dedican al cuidado de enfermos, con atribuciones en la práctica de ciertos tratamientos indicados por el médico. La elaboración de este indicador incluye la suma de todo el personal de enfermería de todas las unidades médicas independientemente de su formación o función. Su construcción es:

Enfermeras / población legal x 100,000³³

Las variables que nos acercan a un panorama general del estado de salud de la población resultante del impacto de la continuidad de las políticas de salud son:

1.7.14 La Esperanza de vida Es un indicador demográfico que mide el número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinado territorio o área geográfica, y para este caso, en México. Sus valores representan estimados de mitad de año, consistentes con las correspondientes proyecciones quinquenales de población de Naciones Unidas que usan la variante media de fecundidad. Su unidad de medida es en años. Otros factores que influyen en ella son el Producto per cápita, escolaridad, con incremento en las tasas de crecimiento económico e incrementos en el producto sostenido de 15 a 20 años es posible aumentar la esperanza de vida. Así que se convierte en un buen indicador de bienestar: predice si la escolaridad es alta o baja y transmite parte del impacto de la salud sobre el crecimiento en un efecto intergeneracional. El autor Barro en 1996, encuentra en sus investigaciones que la esperanza de vida tiene un coeficiente significativo en regresiones de crecimiento y al construirse con los índices de mortalidad por edad y sexo, significa que la salud influye con determinación en su construcción.

³³ SSA, Estadísticas Vitales 1999, Noviembre 2000 Dirección General de Estadística e Informática pp. 396

1.7.15 Tasa de Mortalidad General: Es el riesgo de morir en un periodo dado. La mortalidad en las personas de edad avanzada aumenta con las crisis económicas y por lo tanto, con el crecimiento negativo. Su cálculo es: Defunciones / población legal X 1000³⁴

1.7.16 Tasa de a mortalidad en menores de 1 año: es el riesgo de morir en los menores de un año. Se correlaciona negativamente con el futuro y el crecimiento a largo plazo (15 años en adelante). Ambos fenómenos se relacionan con problemas no resueltos de salud de la población. La mortalidad materna, y en mujeres maduras tiene mayor impacto económico, lo cual es un claro indicador de la falta de disponibilidad de servicios factibles de salud, con tecnología, y por consecuencia demuestra la importancia de contar con un abanico amplio de servicios de salud. El cálculo de este indicador por año es:
Número de defunciones menores de 1 año / nacimientos registrados X 1000³⁵

1.7.17 Consultas Externas para cada mil habitantes: La consulta externa es la atención en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico; este servicio se imparte tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente ambulatorio. La suma de las consultas externas incluye el total de todas las consultas otorgadas en todas las unidades médicas de consulta externa y hospitalización, además de las otorgadas fuera de la unidad médica. La construcción de este indicador fue:
Consultas externas / población legal x 1000³⁶

1.7.18 Egresos de hospitalización para cada mil habitantes: La hospitalización es el servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería. Este servicio debe incluir las atenciones otorgadas en todas las especialidades médicas en las diferentes unidades médicas. La suma de Egresos Hospitalarios son los pacientes que salen de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. La construcción del indicador incluye el total de egresos ospitalarios otorgados en unidades de hospitalización, además de las otorgadas en las unidades híbridas; y es: Egresos hospitalarios / población legal x 1000³⁷

³⁴ Cálculos de INEGI, SSA, DGETI, en página electrónica de la SSA.

³⁵ Ibidem

³⁶ SSA, Estadísticas Vitales 1999, *op cit* pp. 396 y 407.

³⁷ Ibidem pp. 396 y 408

APENDICE AL CAPITULO 1

1.1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

El concepto salud enfermedad, es resultado del pensamiento del conjunto social según las distintas épocas y está determinado por el avance científico pero también conforme a los modos de producción social.

Es necesario conocer cómo ha ido gestándose este concepto debido a que según la concepción de la causalidad de la enfermedad y el modo de producción en que el hombre se relaciona y funciona en sociedad, es que el grupo social dominante diseña orienta y reorienta el cómo manejará las medidas de salud; es decir, las políticas de salud como uno de los cinco elementos básicos de bienestar en la sociedad, tienen una relación directa y causal con el modo de producción en que se desenvuelve el conjunto humano, porque de ello depende hacia quiénes y hacia dónde estarán dirigidas; además de otros factores relacionados directamente con el proceso salud-enfermedad y las características sociodemográficas y económicas de la población a tratar.

Marx puso fin a la errónea concepción de que la sociedad era un agregado mecánico de individuos que admitía toda clase de cambios por voluntad externa, y formula el concepto de formación socioeconómica como conjunto de determinadas relaciones de producción y deja aclarado que el desarrollo de estas transformaciones constituye un proceso natural.

El cambio histórico de los diferentes modos de producción ha permitido definir periodos de estudio: sociedad primitiva, esclavismo, Feudalismo y Capitalismo; en cada uno de ellos, se observa el cambio del concepto de salud- enfermedad.

En la Sociedad primitiva el modo de producción básico fue la recolección de alimentos no cultivados, la caza y pesca; existió una superestructura simple. Su institución básica fue la tribu o clan y sus relaciones se basaron en la igualdad colectiva.

En este periodo, el hombre sufre todas las inclemencias de la naturaleza la cual impacta en su salud, sin distinciones de un grupo u otro; la mortalidad es muy elevada y la supervivencia se determinaba por las leyes Darwinianas no por acciones eficaces en la salud. El instinto de curación existe desde la vida animal manifestado en el acto de lamer heridas lo cual es muchísimo anterior al conocimiento de la utilidad del aseo o de las virtudes de la lisosima saliva; cuando llega a integrar una actividad médica, es de carácter mágico en concordancia con su ideología. El origen de la enfermedad se atribuye a maleficios o fenómenos naturales que se internan en el paciente y tribu. La práctica médica está

dirigida a combatir los espíritus malignos por medio del brujo o el Chamán. Es decir, el hombre es víctima de las inclemencias del tiempo sin diferencias de clases sociales porque no existen.³⁸

La Esclavitud se inició con una gradual acumulación de bienes diversos gracias al desarrollo de las fuerzas productivas y de instrumentos de trabajo. Lo cual dió inicio a un nuevo modo de producción: la sociedad privada de los medios de producción y con ella la división de dos clases sociales: los desposeídos de la tierra (básicamente), y los que la poseen, con ello surgió el esclavismo como modo de producción predominante.

Los conceptos de salud y enfermedad en este periodo siguen siendo mágicos en su mayoría. Al mismo tiempo, la acumulación de observaciones empíricas transmitida de generación en generación permite el conocimiento de determinadas causas físicas o ambientales de enfermedad y el uso de plantas medicinales. Se inicia el conocimiento de la anatomía y fisiología. La medicina Hipocrática es una de las mejores expresiones de la época. La ideología pertenece a la clase dominante única en condiciones de pensar, y orienta las causas de la enfermedad con las teorías filosóficas que predominan en ese momento. La agudeza de la observación directa de los órganos y sentidos es fundamental para hacer descripciones a detalle de enfermedades y de síntomas. No existen instrumentos para auxiliar la exploración del paciente. El acceso a algún tipo de tratamiento médico para un enfermo está sometido a la división de clases sociales: se privilegia a los amos y se discrimina a los esclavos, cuya atención se llegó a comparar con la medicina veterinaria por lo precaria y humillante, consecuencia del concepto asumido: Eran considerados objetos de trabajo únicamente, y el amo podía disponer tanto de su fuerza de trabajo como de su cuerpo y generaciones futuras.³⁹

El Feudalismo se caracterizó por la gran propiedad agraria del Señor feudal los campesinos cuentan con una pequeña economía resultado del trabajo que en pequeñas parcelas aplican y de elementales instrumentos de labranza o de trabajo artesanal, pero sujetos también a la explotación por medio del servilismo impago y del diezmo obligatorio, primicias y otros impuestos que debían pagar.

Existen categorías sociales con privilegios como los nobles frente a los comerciantes, campesinos y otros de menor clase. El Estado lo forman los grandes hacendados. La gran masa de campesinos son marginados de la cultura, educación y del acceso a la atención médica en la mayoría de los casos.

³⁸ Torres Goitia Javier, "Revista mexicana de ciencias políticas y sociales" No. 106, oct- dic. 1981 pp 24.
³⁹ Torres Goitia *Op. Cit.* pp 26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El dominio de la población a través de una religión única es trascendental para el sometimiento espiritual de la población; así se piensa que la vida terrenal es "un valle de lágrimas" cuyos sufrimientos y privaciones sirven para purificar el alma y alcanzar vida eterna después de la muerte. El modo feudal es característico en toda la edad media desde el siglo V al XVII.

La enfermedad sigue siendo causa de las inclemencias de la naturaleza, debido a que no hay desarrollo científico suficiente para controlar las fuerzas de la naturaleza. El riesgo de enfermarse y morir no tiene una recurrencia homogénea, la explotación social de las grandes masas de campesinos aumenta los factores de riesgo de enfermarse. Debido a las creencias espirituales, se produce un abandono personal del cuerpo y de la higiene, incluso en la clase privilegiada. Aunque de algún modo las condiciones de vida mejoraron para ambas clases sociales, las grandes epidemias de épocas anteriores se repitieron e inclusive, algunas con mayor fuerza.

Las creencias religiosas perjudicaron el avance de la ciencia médica haciendo su progreso más lento. El castigo de Dios por los pecados del hombre, explicaba la mayoría de los males, incluyendo las enfermedades. La atención médica siguió siendo un privilegio para la clase dominante. Sin embargo el cristianismo inició un cambio en las personas de clase humilde, quienes eran concebidas socialmente como de inferior categoría, liberándoles de tal situación y con ello, dándoles derecho también a la salud.⁴⁰

El desarrollo de las fuerzas productivas supera la sociedad feudal y abre paso al desarrollo del Capitalismo, que se caracteriza por el dominio paulatino del hombre sobre la naturaleza y el incremento de la producción, generalizando el carácter mercantil, lo cual generó mayores necesidades. Surge la burguesía quien se adueña de los medios de producción y el proletariado quien se vale de su fuerza de trabajo para vivir. Hay un mayor impulso hacia la ciencia y la tecnología.

Como una expresión de la burguesía naciente, se planteó la filosofía positivista que fue aplicada al estudio de la enfermedad, debido a que la salud importaba menos. Se desarrolló la medicina basada en la observación científica y en la experimentación.

Los grandes descubrimientos de Pasteur en bacteriología, de Bichat en histología y de otros destacados científicos, marcaron el desarrollo tanto del mejor conocimiento de la enfermedad, como los

⁴⁰ Engels, sintetizó los avances de la ciencia general, apoyado también en los grandes descubrimientos de las ciencias naturales de su tiempo, englobó de manera general la salud, donde la enfermedad era vista como algo perturbador y mágico externo a la sociedad y al individuo. Otro trabajo relevante previo a entender el proceso salud-enfermedad, fue el de por Lehninger, quien incurrió en la bioquímica sobre el "origen de la vida", y aporta conocimientos que fortalecen el materialismo dialéctico de su época.

instrumentos para auscultar al paciente. A ello se le unió el progreso de la industria farmacéutica ya avanzada en la terapéutica y en la medicina preventiva: se descubrió la vacuna contra la viruela (1798) por Eduardo Jenner; sin embargo, en contraste con el progreso biológico y la organización social, la eficaz vacuna, tardó 150 años en ser aplicada a toda la población. Para explicarse la etiología de la morbilidad, abandonó las causas naturales y consideró las de orden social, conforme se ejerció mayor dominio sobre la naturaleza.⁴¹

En el capitalismo, la explotación del hombre por el hombre, genera situaciones diferentes, de las cuales depende la nutrición, educación, el modo de vida y el proceso salud-enfermedad.

La atención médica continua es diferente para las clases sociales no-solo por los privilegios preestablecidos en él, sino también en razón de la diferente capacidad económica de los enfermos. La atención a la salud es entonces, discriminada por efecto de las mismas causas sociales. La baja remuneración económica, el desempleo, la sobre fatiga de un trabajo desmedido provocan las principales alteraciones de la salud.

La malnutrición como factor determinante de salud en el individuo, es también consecuencia de la inequitativa repartición del producto del trabajo. Todo ello es causa de la nueva superestructura social. Sin embargo, el capitalismo indudablemente ha contribuido al desarrollo de las ciencias médicas. El nuevo criterio científico modificó la noción de la causalidad de la enfermedad y le dio importancia a los verdaderos factores etiológicos, pero conduce también a una exagerada concepción bipolar de "sano y enfermo", lo cual considera estos conceptos como estados definidos antagónicos y recíprocamente excluyentes. Estas corrientes de pensamiento también son derivadas del positivismo de Comte, donde además tales procesos los considera en la persona como un hecho individual.

Tales concepciones afectan la práctica médica porque encasillan al rol médico como exclusivo del estudio de su especialidad funcional: la patología sin ver más allá de la cama de su enfermo, es decir, se ocupa de un problema objetivo en términos científicamente justificables.

En el socialismo, ha partir del materialismo histórico o de otras corrientes de pensamiento neohumanistas, los conceptos salud enfermedad se conciben como integrantes de un mismo proceso en

⁴¹ Torres Gaitia *Op cit.* pp. 35.

continua interacción dialéctica, tal como el organismo vivo está también en continua transformación y adaptación, ello se manifiesta en cada ser humano individualmente y como parte de una sociedad.

De este modo el proceso salud-enfermedad, está ligado a la historia y cambia junto con los procesos económicos sociales.

La conclusión de la evolución del concepto salud-enfermedad señala que la vida humana es la síntesis de la salud y la enfermedad, por lo cual un estado absoluto no existe, es un proceso que se manifiesta en cada persona de manera individual y como parte de una realidad social. De este modo, dicho proceso también está ligado a la historia y cambia junto con los procesos económico-sociales (modos de producción) y que están en constante transformación, influyen y son influidos por el proceso salud-enfermedad del hombre.

Una segunda conclusión es que per se el modelo de producción que exista, el derecho a la salud, la provisión de servicios de salud y las condiciones de autocuidado, no deben por ningún motivo dejarse de lado, ya que la reflexión es muy profunda: aunque sea una visión capitalista, socialista o neoclásica, de cualquier punto de vista usado para analizar la salud, el ser humano es la base de todo sistema de producción y es indispensable tener un estado óptimo físico y mental para ello, independientemente del uso que se le dé a su potencial de fuerza de trabajo, es decir, ya sea para progreso, subsumir a otros o ser sometidos.

1.1.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE SALUD

De acuerdo con la Declaración de Alma-Ata, en la Conferencia Internacional del Cuidado de Salud Primario, llevado a cabo en la URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, se definió el concepto de salud como:

"Un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad; Es un derecho humano fundamental y el logro del posible nivel más alto de salud es una de las metas sociales mundiales más importante cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector de salud."

En la actualidad, las ciencias médicas se dividen en tres vertientes principales:

- > Las ciencias biomédicas dedicadas al dominio biológico de la vida humana
- > Las ciencias clínicas, orientadas al estudio de las alteraciones de la función biológica y psicológica del hombre, y

- > las ciencias médico sociales dedicadas al conocimiento de la salud enfermedad en las colectividades humanas

De acuerdo con esta clasificación, las dos últimas divisiones, competen al estudio de esta investigación.

1.1.3 CIENCIAS MÉDICO SOCIALES

Comprende disciplinas y ramas derivadas aplicadas a la salud colectiva y a las cuestiones de prestación de servicios de salud.

1.1.3.1 Servicios de salud

El objeto de tales servicios es proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad. Se clasifican en:

atención médica, salud pública, asistencia social.

Estas tres áreas son definidas por la Ley General de Salud, del año 2000

1.1.3.2 ATENCIÓN MÉDICA

Es el conjunto de servicios proporcionados al individuo para proteger, restaurar y promover su salud, involucra actividades preventivas curativas y de rehabilitación.

La atención médica tiene dos orientaciones fundamentales:

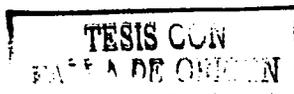
- > optimizar el uso de la capacidad instalada
- > ampliar la infraestructura con énfasis en el primer nivel de atención

Es en la atención médica donde se encuentra con mayor claridad la clasificación de los servicios de salud, conforme a los prestadores y usuarios:

1.1.3.2.1 Los servicios públicos a la población general o abierta, son los que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que lo requieran, regidos por criterios universales y gratuitos, con fundamento en las condiciones socio-económicas de los usuarios, sin perjuicio de las cuotas de recuperación que, en su caso, se recaudan.

1.1.3.2.2 Los servicios a derechohabientes son aquellos que prestan las instituciones públicas de seguridad social a usuarios que coticen o han aportado conforme a ley.

1.1.3.2.3 Los servicios de salud privados son los que prestan las personas físicas o morales conforme a las condiciones convenientes con los usuarios en los términos de las disposiciones legales.



1.1.3.2.4 Los servicios de salud de carácter social son los que directamente o mediante contratación de seguros individuales o colectivos, prestan organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Para que el sistema de servicios tenga impacto en el nivel de salud y bienestar de la población, debe ser:

Universal: proporcionarlos a toda la población sin distinciones y bajo criterio de calidad uniforme

Oportuna: que la atención se proporcione en el momento preciso.

Integral: que atiendan los aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación, de enseñanza e investigación.

Eficiente: que los servicios se proporcionan con mayor calidad y al menor costo posible, aprovechando al máximo los recursos disponibles y bajo criterios de servicios humanitarios.

Aunque este sistema está diseñado para brindar servicios a toda la población, debe contener los mecanismos adecuados para:

- Atender a grupos prioritarios
- Resolver problemas de salud de carácter local y regional
- Ser flexible con relación a su infraestructura y de recursos humanos para atender las características variables de la población.

1.1.4 NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Es la forma de organización de los servicios de salud por niveles de complejidad creciente, destinados a la atención de sectores geográfico-poblacionales de tamaño definido, basada en la clasificación de dicha complejidad de los problemas de salud a resolver.

La diferenciación de los niveles de atención médica se da con base en dos conceptos básicos:

- La necesidad de atención con referencia en los grupos comunitarios, las personas, y sus condiciones de salud.
- La menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta a esa necesidad.

Unidad Médica: Establecimiento de los sectores público, social y privado en el que se presta atención médica integral a la población; cuenta con recursos materiales, humanos tecnológicos y económicos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuya complejidad va en proporción directa al nivel de operación.⁴² En una unidad médica puede desarrollarse la atención de más de un nivel.

1.1.4.1 Primer nivel: Se orienta a la prevención de las enfermedades y conservación de la salud con el objeto de que sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos, en atención ambulatoria. Para brindar los servicios del primer nivel de atención, son necesarias las unidades Médicas que cuenten con el servicio de consulta externa y medicina preventiva principalmente.

Unidad de consulta externa: Establecimiento con personal médico y paramédico organizado, donde se proporciona atención médica ambulatoria, e incluye a las unidades móviles.

Medicina preventiva: Servicio dentro de una unidad médica, donde se organizan y proporcionan actividades educativas inherentes al fomento a la salud y prevención de enfermedades principalmente.

1.1.4.2.-Segundo Nivel: Está orientado a restaurar la salud y superar los daños. Necesita recursos de mediana complejidad, en atención ambulatoria y de hospitalización; en este nivel se atiende en una unidad hospitalaria a la población demandante, bajo cuatro ramas básicas.

Unidad Hospitalaria: Establecimiento de institución pública, social o privada que cuenta con camas censables y recursos para la atención a pacientes que ingresan para diagnóstico, tratamiento, rehabilitación; puede o no proveer de servicios de consulta externa, puede ser general o de especialidades.⁴³

Hospital general: Al establecimiento de los sectores público, social y privado cualquiera que sea su denominación en el que se presta atención médica integral a la población, que cuenta con recursos materiales humanos tecnológicos y económicos para la atención de pacientes en las ramas troncales de la medicina: Medicina interna, Cirugía pediátrica, Ginecoobstetricia y especialidades de mayor demanda, brindando en general servicio las 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 día al año.

Medicina interna:

Cirugía Pediátrica.- Estudio y tratamiento de los padecimientos de los niños.

⁴² SSA, Boletín de Información Estadística # 19, 1999, Volumen I, Recursos y Servicios, julio 2001, pp 401

⁴³ Ibidem

Ginecoobstetricia.- estudio y tecnología del tratamiento de las enfermedades del aparato genital femenino y del embarazo, el parto y el puerperio.

1.1.4.3 Tercer nivel: Ubica sus acciones en la restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, que involucran diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad. En estos dos últimos rubros se realizan actividades de investigación y enseñanza. Se imparte en los hospitales de alta especialidad.

Hospital de especialidades: Establecimiento reservado principalmente para el internamiento en una cama censable con fines de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen enfermedades específicas o una afección de un aparato y sistema o bien, reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a grupos de edad específicos.⁴⁴ Algunos ejemplos de estas subespecialidades son:

Gastroenterología: Estudio y tecnología de los padecimientos del aparato digestivo.

Neurología: Estudio y tratamiento de los padecimientos del sistema nervioso.

1.1.5 SALUD PÚBLICA

Es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población y atiende problemas que rebasan el nivel individual que requieren, para su solución, acciones organizadas de carácter colectivo con objeto de promover, proteger, fomentar y restablecer la salud de la comunidad, elevar el nivel de bienestar y prolongar la vida humana. En la actualidad, las intervenciones salubristas deben incluir no solo servicios clínicos, sino también intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, y otras más. Tal expansión salubrista fue aceptada por la OMS desde 1952, tras la segunda Guerra mundial.⁴⁵

Salud y enfermedad son categorías científicas, pero al ser también categorías políticas o de poder, se influyen en su aplicación altamente por el contexto social y político que les rodea.⁴⁶ Así los cambios en la definición del concepto de salud, ocurren también en las prácticas médicas que se modifica conforme a las relaciones de poder. Lo mismo sucede con el concepto de "la población" quien es el

⁴⁴ Ibidem

⁴⁵ Martínez Navarro F., Et all. "Salud Pública" Mc. GRAW HILL Interamericana, México, 1998, pp. 49. Debido a que los jóvenes ingleses llamados a enlistarse a las Fuerzas Armadas en la 2ª Guerra Mundial y no poder tomar las armas por no estar suficientemente sanos, al terminar tal Guerra, se iniciaron las campañas de detección para buscar la parte oculta del iceberg.

⁴⁶ Martínez Navarro Op. Cit. pp 50.

sujeto de acción del sistema salubrista.⁴⁷ Sin embargo, históricamente, en la responsabilidad del sistema médico, solo se ha atendido aquella porción de la población que acude a dicho sistema, es decir, la morbilidad y la mortalidad conocida. E incluso este fenómeno ocurre hasta en los países desarrollados. Por tal razón, los sistemas de salud funcionan en realidad como servicios curativos para unos pocos, es decir, se parte del supuesto en donde la población que asiste a consulta es solo la punta de un iceberg, y lo que el sistema no ve, es el iceberg en sí, que sería el grupo de la población vulnerable a enfermarse cuya condición de riesgo podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud. Al añadir a cualquier sistema de salud la parte oculta del iceberg, lo consecuente debe ser el rediseño de los nuevos sistemas sanitarios, es por ello que al salir a la comunidad, se comprueba que la separación entre lo médico y lo social es muy tenue.⁴⁸ Así, el elemento distintivo de la salud pública es la orientación de sus acciones hacia la colectividad y no a personas consideradas de manera individual.

1.1.5.1 Acción de salud: Es toda actividad, en el ámbito ya sea de la salud personal de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo consista en mejorar la salud.

1.1.6 ASISTENCIA SOCIAL

Los servicios de salud de carácter social son los que directamente o mediante contratación de seguros individuales o colectivos, prestan organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

> Población abierta: Es la parte de la población que no puede pagar atención privada y carece de seguro social y es una de las áreas de atención médica (SSA).

⁴⁷ Ha ido incluyendo con el paso del tiempo enfermedades nuevas producto de cambios en la conducta social, como la homosexualidad, el aborto, silicosis como enfermedad ocupacional, entre otras, donde entran a un rubro de normalidad según la época.

⁴⁸ Martínez Navarro *Op. Cit.* pp 51

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO Y SU CONTINUIDAD

Se necesita de una perspectiva histórica para percibir en toda su importancia la contribución relativa de los servicios sanitarios al bienestar de la sociedad. Es importante resaltar que en los dos últimos siglos, la frontera de posibilidades de tratamiento de enfermedades no ha dejado de ampliarse, lo cual ha sido un logro conjunto de la aplicación de tecnología avanzadas, el propio desarrollo económico en algunos casos y, en otros, han sido los avances sanitarios acordes al sistema y políticas aplicados, lo cual ha sido sustancial en los últimos 60 años para contribuir al bienestar social, aunque probablemente su contribución desde un punto de vista marginal, ha disminuido en el tiempo. Sin embargo, con todos estos logros, es difícil hablar en nuestro tiempo, de una política social pertinente que conlleve a una eficaz prevención de las enfermedades, a disminuir favorablemente los indicadores que miden la salud y, finalmente, evitar un impacto negativo en la economía.

Es por estas razones que en este apartado presentaré una visión general de la evolución de los servicios de salud a partir del año 1936 y hasta 1980, con el objeto de mencionar o señalar las políticas de acción sobre las cuales se rigió el sector, la continuidad, sus inicios, objetivos, y algunos alcances.

A partir del año 1936, existen documentos oficiales relacionados con las actividades gubernamentales y se concretan hasta 1981, en informes presidenciales anuales; se observa en estos documentos, la ausencia de un programa previo para planificar la salud, es decir, sobre la marcha se realizaban acciones. Tal situación, de primer momento, nos habla de la falta de toda continuidad en las políticas de acción, incluso de su ausencia como tales en materia de salud. Sin embargo considero importante rescatar en este trabajo, los logros alcanzados en esos años, porque son los cimientos del escenario actual además de contener elementos importantes para el análisis en cuestión.

2.1.- Antecedentes de Seguridad Social en México

Históricamente, la SS han existido con distintas formas desde el siglo pasado: El término fue usado por primera vez en los EUA en la Ley de Seguridad Social de 1935. Su máxima expresión fue en el informe Beveridge, del Reino Unido en 1942 que pugnaba por proveer servicios de seguridad social a

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

los ciudadanos desde su nacimiento hasta su muerte.⁴⁹ Y propuso un sistema generalizado de seguros sociales para toda la población, vinculado estrechamente con las políticas de "pleno empleo".

Tal esquema fue adoptado por la mayoría de los países del mundo incluyendo a México, donde en la segunda década del siglo pasado, quedaron plasmadas de manera vaga en la Constitución de 1917 en los tiempos de Carranza, y que en realidad tuvo un avance importante en nuestro país en el Gobierno de Cárdenas quien impulsa un proyecto más amplio de seguridad social que precedió a la creación del IMSS, y que se concretó durante la administración de Ávila Camacho en 1943.⁵⁰

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre seguridad social, donde también se incluye la atención a la salud como necesidad primordial, se encuentran en los últimos años del porfiriato, en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906, donde se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

El Estado en la Constitución Política dentro de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917, en la fracción XXIX, consideraba el establecimiento de "cajas de servicios populares" que incluían invalidez, vida, cesación involuntaria en el trabajo, accidentes y otros con fines similares, con lo cual se dieron los primeros pasos para empezar el programa de salud de la revolución: con ello en 1923, se creó la Dirección de Pensiones Civiles, y fue la base constitucional del Seguro Social en México.

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de Administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes.

⁴⁹ CISS "Problemas de financiación y opciones de solución, Informe sobre la Seguridad Social en América 2002", Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México primera edición, octubre 2002, pp. 1

⁵⁰ Solís Soberón Fernando y F. A. Villagómez (compiladores) "La seguridad social en México" Ed. CIDE y Fondo de Cultura Económica, 1999, pp 14

En 1929, debido a las inconformidades entre los congresistas, el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social" y comprendiera seguros para resolver necesidades sociales como invalidez, enfermedades y accidentes y otros con fines análogos. Todo ello también preparó el terreno para forjar el actual Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), tiene sus antecedentes desde 1934, cuando entra en vigor la ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad en la cual se previó la creación de Convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los Estados para la que se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública, para así unir esfuerzos de dos niveles y lograr una unificación técnica en los servicios. La propuesta fue elaborada por el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. Esta ley facultó al Jefe de éste último, a celebrar convenios a nombre de la Federación, con los gobiernos de las entidades.

La Constitución, en el artículo 73, encargó al Estado la Salubridad general de la República; y dio las bases para la creación de dos dependencias básicas de salud:

- El departamento de Salubridad (ahora SSA), y
- El Consejo de Salubridad General.
- Se promulgó el nuevo Código Sanitario Federal.

La creación de los servicios coordinados de Salud Pública fue un avance en la organización de la atención médico sanitaria. Con el paso del tiempo, las ideas de coordinación y hasta la descentralización se fueron perdiendo, por el interés de las autoridades de profundizar y ampliar las acciones sanitarias; así también al crear programas verticales aislados fuera de los servicios coordinados, para luego caer en un centralismo casi total. Finalmente, En 1940, se modificó el nombre de "dispensarios" por el de unidades sanitarias.

Actualmente, la salud es derecho legal como lo marca la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos que actualmente a la letra dice:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ARTICULO 4º.- ...toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta Constitución. ...⁵¹

Con el presidente Miguel de la Madrid En 1983, se derivó la Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica y que actualmente esta vigente con los siguientes estatutos genrales de cómo dar normatividad a la impartición de salud:

El 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al Artículo 4o., Constitucional, en cuyo párrafo tercero se dispuso que "Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. Es decir, la Ley definió las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y estableció la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución.

La citada adición constitucional representa además de elevar a la máxima jerarquía el derecho social mencionado, la base conforme a la cual se llevarán a cabo los programas de gobierno en materia de salud, así como el fundamento de la legislación sanitaria mexicana.

El 26 de diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y en vigor el 1o. de julio del mismo año

Las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la integración, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y la distribución de competencias, entre la Federación y las Entidades Federativas, quedaron definidas en cumplimiento al mandato Constitucional.

El Sistema Nacional de Salud es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del Derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones:

Los servicios de salud son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger promover y restaurar la salud;

⁵¹ <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?#>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Ley General de Salud clasifica a los servicios de salud en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social; entendiéndose por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionen al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;

Los servicios de atención médica representan un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación;

La Secretaría de Salud corresponde el control de la prestación de servicios de atención médica, como materia de salubridad general, siendo necesario que esta dependencia cuente con los instrumentos legales y reglamentarios para realizar específicamente sus atribuciones.⁵²

Hasta nuestros días la SS y la legislación de salud, se ha ido desarrollado en el tiempo según la urbanización, industrialización y modernización de cada periodo: es decir, es producto de la misma estructura social política y económica, por lo que la forma que va tomando, está fuertemente influida por las propias particularidades de nuestra estructura y en México, a desembocado también en un desgaste en su ejecución.⁵³ Sin embargo, ambas: asistencia y SS, son actualmente el mecanismo de aplicación de la política social y se complementan haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social. La asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren a una vida digna y equilibrada en lo económico y social, con énfasis en los desamparados y minusválidos. La SS es una de las funciones más importantes que caracterizaron al Estado benefactor en la sociedad. Su papel ha sido fundamental para mantener el ingreso y combatir la pobreza por medio de las transferencias de los beneficios monetarios o en especie a los menos favorecidos. Cuya intervención ha sido necesaria por la incapacidad del sector privado de ser garante de los beneficios de la misma. Estos beneficios en la actualidad incluyen servicios de salud⁵⁴, maternidad, seguros por desempleo, vivienda, protección del poder adquisitivo del salario, otorgamiento de apoyos financieros, y garantizar la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte. Es decir, atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades básicas.⁵⁵

⁵² http://canganas.galeon.com/reglamento_atencion.htm

⁵³ *Plan Nacional de Desarrollo 1989, 1984*, Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, Mayo 1989, pp 13 y

14.

⁵⁴ Solís Soberón *Op. Cit.* Pp. 7

⁵⁵ *Plan Nacional de Desarrollo 1989, 1984, Op. Cit.* pp 105.

Como ya se mencionó, la provisión de servicios de salud es una de las funciones de la SS, y ha tenido un desarrollo dispar a lo largo del tiempo, consecuencia también de la ausencia de pertinencia en la planeación en sus acciones derivado de la inadecuada aplicación de las políticas públicas; En el siguiente apartado muestro los resultados de los logros de salud plasmados en los informes presidenciales que son, en esos años, el documento oficial existente para referirnos a los acontecimientos históricos en salud.

2.2 LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE LAZARO CARDENAS PERIODO 1934-1940

Fue elegido en 1934 y entre otros logros, durante su gobierno hizo que aumentase el número de propietarios con nuevos repartos de tierras, mejoró e incrementó la producción agrícola con la apertura de nuevas zonas de cultivo. Tomó medidas protectoras para el obrero que fueron el inicio de la incipiente legislación de medidas sanitarias para el trabajador asalariado, promovió la urbanización e los sindicatos y la confederación de los trabajadores y ordenó la expropiación de los bienes de las compañías petrolíferas de lo EUA Gran Bretaña y Holanda el 18 de marzo de 1938. Dedicó gran atención a los problemas económicos y sociales dentro de los que promovió políticas sociales en favor de los pobres. De su mandato, solo hay registros oficiales a partir del año 1936, con relación a su desempeño presidencial en los que se reporta:

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas en colaboración con el titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado Ignacio García Téllez, envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, y aunque no fue aprobado tal proyecto debido a la crisis por la expropiación petrolera y la apremiante necesidad de fomentar la unidad nacional, definitivamente creó el marco necesario para que en 1942 naciera la seguridad social formal.

Su gobierno trazó un programa general de progreso dirigido mayormente hacia lo social. En su gestión administrativa, el sector salud se regía por "El Departamento de Seguridad Pública", en él se trata como un todo la Educación para la Salud, las obras sanitarias, y los problemas relacionados con la salud-enfermedad.

Sin embargo hubo un compromiso fuerte del presidente por ampliar la cobertura de la salud, incluyendo en este concepto principalmente las obras públicas, como parte indispensable de tal ampliación; en ellas se enfatiza entre otras acciones, el abastecimiento de agua y leyes de coordinación y cooperación de servicios sanitarios. No así, la construcción de algún programa puntual en salud.

En 1936 se concede mayor importancia a la salubridad general procurando intensificar las actividades de higienización y propaganda sanitaria en los sectores rurales y urbanos, apoyado con un aumento presupuestal de 3 millones al Departamento de salubridad con relación al año anterior.

Para mejorar el nivel de educación de la población, se impartieron por correspondencia cursos de educación higiénica para los Maestros Rurales de toda la República. Sin embargo, la preparación impartida de la Escuela de salubridad, era solo de carácter técnico. Lo cual revela que no se tenía una preparación bien conformada del personal encargado de impartir salud en cualquiera de sus niveles, y consecuentó deficiencias en su labor.

El departamento de Salubridad publicó un documento de conocimientos higiénicos, trabajando en conjunto con las radiodifusoras que transmitieron diversos boletines de propaganda enviados por el departamento. Con este acto se inició la difusión extensa de la salud.

Se establecieron 50 Centros y Brigadas Ambulantes de Higiene Rural; se llevaron a cabo importantes campañas de vacunación en todos los sectores del país. A la vez, que mejoró la organización con tales centros.

Se creó el Servicio de Higiene Industrial para proteger a los trabajadores del campo y de la ciudad abarcando numerosas industrias en todo el país. Significó el nacimiento incipiente de la salud preventiva laboral.

Se instalaron más dispensarios contra la tuberculosis. La lucha contra las enfermedades venéreas se intensificó, pero sobre todo, de manera preventiva.

Se llevaron a cabo brigadas sanitarias contra los males propios de esa época: mal del pinto, onchocercosis, saneamiento de zonas insalubres, combatir epidemias, enfermedades diarreicas, y una activa propaganda de educación higiénica, en los estados más vulnerables: Chiapas, Guerrero y Oaxaca entre otros.

Para 1937, se dio una nueva organización al Departamento de Salubridad, separándose las oficinas técnicas de las administrativas y se crearon las oficinas de Cooperación de los Servicios Sanitarios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en el Distrito Federal. Se siguieron desarrollando las labores de higienización y propaganda, así como mejoras, ampliaciones y construcción de diversas instalaciones de salud en todo el país, como es el caso del instituto de enfermedades Tropicales, donde además se impartió capacitación para el personal médico.

Se promulgó un decreto que declaró de interés público la campaña contra el paludismo. Con éste se logró disminuir la mortalidad general en la República con relación a los dos últimos años.

El Gobierno Federal consideró primordial la dotación de agua potable y construcción de drenaje, como parte fundamental de prevención de las enfermedades intestinales, lo cual era un problema de salud importante en magnitud y por ello trabajó arduamente en proveer el servicio a cada vez más personas.

El presupuesto de Egresos estimado de ese año, sumaba \$577, 014,651.33, y el total de ese sexenio acumuló \$ 2,742,645,870.70, como observamos en el cuadro 1.

Del presupuesto total de 1939, se destinó al departamento de Salubridad Pública el 14.61%, siendo uno de los porcentajes más altos en la historia de México. En Abastecimiento de aguas potables a

Cuadro 1
Presupuesto de Egresos en 1939
(Pesos)

Destino	Monto corriente	% del total anual
Salubridad pública	84,316,993.05	14.61
Abastecimiento de aguas potables	6,611,139.98	1.14
Saneamiento de Puertos del Pacífico	977,161.00	.02
Construcción de Hospitales civiles y otros	6,289,352.92	1.09
Presupuesto Total en 1939	577,014,651.33	
Presupuesto Total sexenal	2,742,645,870.70	

Fuente: elaboración propia con base en datos del informe presidencial rendido por el Presidente Gral. Lázaro Cárdenas en México, 1939. en el H. Congreso de la Unión.

diversos poblados en toda la república, se destinó el 1.14%, lo cual significó un avance en la prevención de enfermedades diarreicas, aunque no fue suficiente. Se destinó el 0.02% del presupuesto, al saneamiento de varios puertos del Pacífico, como parte del inicio de la prevención

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pública y, en la Construcción de Hospitales Civiles, centros Médicos y otras construcciones de Asistencia pública, el 1.15%, con lo que amplió la cobertura en atención a la salud⁵⁶.

2.3.- LA SALUBRIDAD DURANTE EL PRESIDENTE MANUEL ÁVILA CAMACHO PERIODO 1940-1946

Al subir a la silla presidencial, su Gobierno intentó consolidar las conquistas revolucionarias con la planificación de la economía y la independencia total de México. También lanzó una vigorosa campaña contra el analfabetismo, que de manera indirecta impactó favorablemente en la salubridad; promovió la Ley del IMSS, y terminó con el anticlericalismo gubernamental. Al inicio de su administración señaló la necesidad de "asegurar la vitalidad a nuestra raza y la fortaleza física del pueblo, y que debía aumentarse en la medida de lo humanamente posible, la capacidad de trabajo de la población a través del mejoramiento de las condiciones sanitarias en que vive la república."⁵⁷ En ese año se intensificó la lucha contra el paludismo, la oncocercosis y las enfermedades intestinales, mayormente en las costas.

Se destinó un presupuesto total de \$2,725,000.00 para el mejoramiento de los Servicios Coordinados en la República. Como cooperación a los servicios de higiene rural y medicina social, se dieron cerca de \$ 3,200,000.00; sin embargo no se estimó satisfactorio todavía el estado y la cuantía de sus elementos porque no bastaron para acometer todos los aspectos de la tarea sanitaria con eficacia suficiente. Se procuró hacer descender los altos índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades como la viruela, tifoidea, hidrofobia, tétanos, tifo, difteria, enfermedades venéreas y en particular, la tuberculosis lográndose elevar a 2,564,380 las inmunizaciones practicadas contra las enfermedades mencionadas.

Se mejoró la calidad de los productos alimenticios mediante estrecha vigilancia epidemiológica en materia de higiene, en especial la leche procurando su pasteurización.

Se inició una intensa campaña contra el cáncer; se mejoraron los servicios de inspección en puertos y fronteras; se continuó la campaña educativa antialcohólica y, enfermedades venéreas. El programa de obras incluyó la creación de hospitales para tratar la tuberculosis en adultos, y un preventivo

⁵⁶ "Los presidentes de México Ante la Nación. 1821-1966", Editado por la H Cámara de Diputados 1966, XVII Legislatura del Congreso de la Unión, p. 125

⁵⁷ Ibidem pp 176

para niños amenazados por la misma en el Distrito Federal. Se crearon comités filiales del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis el cual se hizo extenso a diversos estados de la república.

Hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales se manifestó el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la primera función de la naciente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal. En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley del Seguro Social, proponiendo como suprema justificación, cumplir uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana y con ello proteger a los trabajadores, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales. El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Ahí se determinó, desde los artículos iniciales, la finalidad de la seguridad social: garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se estableció el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decretó la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

De esta forma, se extendieron los servicios de salud a los lugares más apartados del país. A la par, aumentó el número de certificados prenupciales de salud, se terminaron las obras de saneamiento malarico en diversos estados de la república.

Para acelerar la resolución del problema de abastecimiento de agua potable en algunas ciudades de los estados, se usaron los recursos disponibles con la cooperación de autoridades locales. Se higienizaron fábricas y talleres a través de comités de higiene en las mismas. Se mejoró la vacuna contra la tosferina en el instituto de Salubridad y enfermedades Tropicales y se preparó la nueva vacuna contra las tifoideas.

Se intensificó la divulgación de los principios de higiene y prevención de enfermedades así como la lucha contra el charlatanismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el ámbito educativo, se impartieron más cursos de especialización en la Escuela de Salubridad Pública para médicos, enfermeras y alumnos libres con el objetivo de mejorar la calidad impartida de la atención a la salud. También se dio cobertura a localidades sin médico con los pasantes de medicina (350 pasantes).

Se promulgaron reformas a los reglamentos de Comestibles, bebidas y similares, se realizaron medidas de sanidad internacional en inspección sanitaria y fumigación de transportes.

Se practicaron más de 7 millones de inmunizaciones, se hicieron más de 320 mil exámenes de laboratorio para esclarecer diagnósticos; se atendieron a 100 mil mujeres embarazadas y 270 mil niños en los servicios de higiene infantil y se practicaron 7 mil operaciones quirúrgicas.

Se hicieron visitas a edificios públicos para mejorar las condiciones sanitarias. Con las características más modernas de su tiempo se terminaron y pusieron en servicio diversos hospitales y se inició la construcción de otros en Veracruz, Mazatlán, Hermosillo Tepic, Pachuca y Chihuahua entre otros. Se proyectó el Centro Médico y el Hospital de PEMEX.

En el Congreso Panamericano del Niño se declaró protegerlo y resolver el problema de la alimentación, lograr estabilidad económica de la familia y de los servicios sociales de que deben gozar los niños bajo condiciones adversas.

En 1943 se continuó desarrollando el programa formulado de salud pública, ampliando el volumen de actividades e intensificando la lucha contra las endemias y epidemias. Se dio mayor atención al conocimiento de las condiciones de salubridad y problemas sanitarios en el territorio nacional con miras a formar el Catastro sanitario de la república; así como de la preparación del personal de salud. Como corolario de la política de Coordinación internacional, se creó la Dirección de Coordinación Interamericana de Salubridad.

Se amplió el presupuesto de los servicios sanitarios coordinados en cooperación con los gobiernos de los estados. Se fortalecieron las campañas de vacunación y se terminó la construcción y puesta en marcha del Banco de Sangre así como servicios de consulta externa.

En 1944 Se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia y su reglamento, para obtener mayor coordinación entre las labores asistenciales y sanitarias y cuidar mejor la salud del pueblo a través de la prevención de enfermedades. Tal Secretaría logró una disminución estimable de gastos de administración. Se consignó satisfactoria la situación sanitaria del país en comparación con años anteriores, consecuencia de las intensivas campañas sanitarias, con una mortalidad al año anterior de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21.5% por cada mil habitantes, que en 1941 fue de 22.2%. La mortalidad infantil de menores de un año por 1000 nacimientos, también disminuyó de 123.5% defunciones como promedio de 1928 a 1942, a 116.6% en 1943; con una natalidad alta de un índice de 44.5%⁵⁸. Es decir, se prestó especial dedicación a los problemas de salud de la infancia.

En 1945, la sanidad del país continuó en mejoría: la mortalidad general registró cuarenta y cinco mil, cuatrocientas treinta defunciones menos que el año anterior, aún más atenuada que la mortalidad infantil. Las enfermedades transmisibles, venéreas y otras continuaron su intensa campaña curativa con mas apertura de hospitales, y programas de tratamiento, sin embargo se observa menos énfasis en la prevención. A excepción de los puertos que continuaron con clasificación A, de "puertos Limpios". Se efectuaron obras de saneamiento del ambiente en 109 poblados, beneficiando a más de 650 mil habitantes. La higiene industrial tuvo especial atención con estudios científicos de problemas de sanidad industrial.

En ese año, el Instituto Mexicano del Seguro Social aumentó sus prestaciones en un 20% mensual elevando la calidad de los servicios médicos y su prestigio en el régimen de seguridad.

Para 1946 el coeficiente de mortalidad fue de 18.7 por cada 1000 hab. Es decir, 1.1 menos que el año anterior, aunado al descenso de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. No se registró defunción por causa de la viruela, debido a las intensas campañas. Los esfuerzos de salud se vicron culminados en los seis años de gobierno, con el índice de mortalidad, donde en el año 1940 fue de 22.8, para disminuir a 18.7 para el año 1945.

El presupuesto de la Secretaría de salud sumó 57 millones 700 mil pesos más aportaciones de impuestos de 46 millones, de los Gobiernos locales por 7 millones y otros cooperantes por 281 mil.⁵⁹ El hecho administrativo de mayor trascendencia para las instituciones sanitarias del país en este sexenio, fue la fusión del departamento de Salubridad Pública y de la Secretaría de Asistencia Pública; con ello se pudo definir la política pertinente de asistencia social en esa época: combatió epidemias surgidas, ejecutó importantes obras de ingeniería sanitaria, y cumplió un vasto programa de construcción de modernas unidades hospitalarias que sumaron 13 en distintos lugares del país, así

⁵⁸ Ibidem pp 289

como 2 comedores familiares y 11 Centros de Servicio social; y finalmente, despertó una conciencia colectiva de cooperación en todos los sectores del país. Así se terminaron alrededor de 32 Hospitales en toda la república.

2.4 LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE MIGUEL ALEMÁN VALDEZ PERIODO 1946-1952

En esos seis años, se fue consolidando en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con un notable equipo socio-médico, al tiempo que se ampliaron los servicios y el régimen se extendió a otras entidades federativas. Se inauguró el hospital La Raza y fue el primero en ser un nosocomio zonal, y también se abrió el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

En 1947 en el IMSS la afiliación fue de 39,200 patrones y 357 mil familias de trabajadores. El promedio de servicios diarios fue de 25 mil y se extendió el seguro social a los principales municipios de Puebla, Tlaxcala y Nuevo León.

Se continuó con las campañas sanitarias ya instaladas de onchocercosis, y tuberculosis entre otras, se produjo la vacuna contra el tifo, además de continuar con obras de construcción de hospitales en algunos estados de la república.

Para el año 1948, El IMSS aumentó los servicios de consulta externa en un 14% con respecto al año anterior, los auxiliares de diagnóstico y tratamiento en un 16%, la hospitalización en 18% y las visitas domiciliarias en 46%. Al amparo del IMSS nacieron 10 mil niños, esto es, 25 % más respecto al año anterior. Se invirtieron 70 millones de pesos para edificar clínicas y hospitales al seguro social. Los fenómenos económicos derivados de la guerra, obligaron al Instituto a promover la Reforma de la Ley del Seguro Social para acrecentar sus ingresos y hacer frente a sus obligaciones.

En 1949 se dio especial importancia a la educación higiénica de las masas populares y se intensificó la profilaxis por lo que no se presentó ninguna epidemia de consideración. Se aumentó de manera importante la producción de vacunas y sueros.

El IMSS otorgó 4 millones 389 mil consultas externas, 4,690 mil servicios auxiliares de tratamientos, 379 mil servicios auxiliares de diagnóstico, 823 mil atenciones domiciliarias y 35 mil

⁵⁹ Ibidem pp 325

hospitalizaciones. Nacieron en las instalaciones del instituto 15,980 niños. Los Subsidios y prestaciones fueron de 10,500 000,00 pesos.⁶⁰

Para 1950 se puso en vigor la reglamentación general de la Ley del IMSS con lo cual aumentó sus ingresos a 174 millones de pesos. En total de las prestaciones en servicios, se alcanzó la suma de 102 millones de pesos. Se puso especial atención a los trabajos de saneamiento rural particularmente en Veracruz, Nayarit y Tabasco.

En el DF se inauguraron el Centro de salud número 1, el Centro de recuperación del Niño Lisiado, y la granja de recuperación de niños débiles mentales. En el interior de la república se construyeron 17 Centros de Higiene y aumentaron los subsidios a hospitales descentralizados a 11,245,000.00 pesos; la Secretaría junto con la Unidad de Salubridad y Asistencia adoptó el nuevo tipo de hospital rural, instalándose siete en el país con un enfoque curativo y preventivo.

En reuniones regionales se revisaron los programas de trabajo de cada una de las campañas sanitarias para reestructurar e intensificar cada una. Se aumentaron algunas intervenciones quirúrgicas, como la extirpación de nódulos. El IMSS se amplió a Acapulco y a diversos distritos de Oaxaca, Nuevo Laredo y sureste calculándose en 130 mil nuevos beneficiarios. Los derechohabientes sumaron un total de 1,174,000, de los cuales 382 mil fueron trabajadores. El valor total de las atenciones médicas fue de 14 millones de pesos y las prestaciones efectivas sumaron 12 millones de pesos. Los ingresos del IMSS ascendieron a 203 millones de pesos.

El Presupuesto del IMSS sumó 279 millones 500 mil pesos. Sus Egresos llegaron a 247 millones de pesos de los cuales 170 se aplicaron a las prestaciones médicas y 20 millones de pesos se pagaron en subsidios pensiones y dotes matrimoniales.

En ese año se dispuso de un equipo médico social de 21 sanitarios, 44 clínicas 201 puestos médicos y de fábrica, 24 puestos médicos periféricos, 17 laboratorios clínicos, 24 laboratorios radiológicos, siete maternidades y 59 farmacias.⁶¹

⁶⁰ Ibidem pp 414.

⁶¹ Ibidem pp 493.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuadro 2 muestra el aumento de la población derechohabiente al IMSS lo que significó aumento en el acceso a los servicios de salud con una alta tasa de crecimiento promedio anual de 9.07 por ciento con una variación promedio anual negativa de -0.38 puntos porcentuales; es decir, la tasa tendió a decrecer durante este sexenio. La variación más significativa fue en 1949 con -4.29 puntos porcentuales, debido a las fluctuaciones económicas del periodo, que no permitieron un presupuesto mayor para ampliar la cobertura.

CUADRO 2
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AL IMSS EN MEXICO

AÑOS	Total derechohabientes	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1947	747 745		
1948	834 084	11.55	
1949	894 603	7.26	-4.29
1950	973 085	8.77	1.52
1951	1 049 357	7.84	-0.93
1952	1 154 487	10.02	2.18
Tcp/var. promedio	9.07		-0.38

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria estadística del IMSS, 1999".

Nuestro país asistió a la III Asamblea Mundial de Salud en Ginebra, y en las VIII y IX Reuniones del Consejo Electivo de la Organización Sanitaria Panamericana en Lima Perú, donde se realizaron actividades de cooperación internacional. En reuniones regionales se revisaron los programas de trabajo de las campañas sanitarias contra viruela, lepra, bocio endémico, paludismo, etc. Para mejorarlos y ampliar su cobertura. En 1951, como parte del programa de cooperación internacional, nuestro país continuó actuando dentro de la Organización Mundial de La Salud.

Hacia 1952 la OMS declaró laboratorio oficial a México para la elaboración vacuna BCG (antituberculosa) para distribuirse a varios países del continente, la cual se fabricó con recursos nacionales. Además mereció la felicitación de la Organización Sanitaria Panamericana por sus logros en salud.

México tuvo mayor participación en la Cuarta Reunión Interamericana de Seguridad Social celebrada en el DF, se retomaron parte de los problemas de trascendencia social y, se nombró al Director del IMSS de ese año, presidente de dicho organismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los años 50 se creó la comisión nacional de Hospitales y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia se le encomendó orientar los programas de construcción y organizaciones de unidades hospitalarias, con ello se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

2.5.- LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE ADOLFO RUIZ CORTINES PERIODO 1952-1958

Quien durante su administración buscó asegurar el equilibrio financiero del sector salud mediante la reorganización administrativa y para ello, diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el Sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban ya cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En 1954, La meta de su gobierno en materia de salud fue extender los beneficios de salubridad a todo el país y muy primordialmente a la niñez. Por tal motivo, intensificó la política tutelar del niño para evitar fuera víctima de desnutrición y otros factores negativos. De esta forma se aumentaron a 150 mil los desayunos diarios.

Las campañas sanitarias nacionales⁶² se continuaron de igual forma a los años anteriores. Las camas censables sumaron 16 mil en 189 hospitales. El gasto de su mantenimiento fue de 20 millones de los cuales se importaron 15 millones de pesos el año anterior⁶³ El Hospital de al Raza fue puesto en servicio parcialmente.

Los ingresos del IMSS fueron de 337 millones de pesos y los egresos de 270 millones de los cuales 183 millones se destinaron atención médica y hospitalización, 57 millones a gastos administrativos y 30 millones a diversos subsidios. Los 67 millones restantes se sumaron a las reservas de ese Instituto.⁶⁴

En el año 1955, se invirtieron 232 millones de pesos en los programas de salubridad y asistencia.⁶⁵ Se creó el Instituto nacional de la Infancia, y se combatió la desnutrición y poliomielitis. Se fundaron 7 centros materno-infantiles y 15 servicios de emergencia pediátrica.

⁶² Ellas son: paludismo, oncocercosis, enfermedades venéreas, cáncer, lepra, tifa, bocio, y poliomielitis.

⁶³ "Los presidentes de México ante la Nación 1821-1966", Editado por la H Cámara de Diputados 1966, XVII Legislatura del Congreso de la Unión, pp. 547

⁶⁴ Ibidem pp 547

⁶⁵ Ibidem pp 574.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las inmunizaciones realizadas fueron 5 millones 163 mil 720. El instituto de higiene produjo vacunas, sueros y antígenos que se distribuyeron en los servicios con un importe comercial de 11 millones de pesos.

Se extendió el programa de Bienestar Social Rural a 1 millón 700 mil campesinos más en 304 comunidades. Este programa incluía mejoras de salubridad, desarrollo de la economía familiar y transformación de la vivienda rural.

Se inició la construcción del Centro Médico Nacional, además de que se terminaron 13 hospitales en el interior de la república; mas 10 clínicas en sonora y se terminaron 13 hospitales en el sureste del territorio nacional.

En el Informe del año 1956, se incluye a la salud en el apartado de Política social y Educación Pública, y se le reconoce como valor de "riqueza auténtica" de la patria. Se revaloran los esfuerzos logrados sin embargo, menciona que son numerosas las metas a alcanzar. En salubridad se erogaron 284 millones de pesos⁶⁶. Los servicios médicos rurales cooperativos contaron con un presupuesto de 24 millones de pesos y beneficiaron a 3 millones de ejidatarios. Los centros de Bienestar Social Rural sumaron 184 y dieron atención a 2 millones 300 mil campesinos en 1,103 comunidades (600 mil mas que en el periodo anterior). La Inversión total fue de 7 millones y medio que aportaron la Federación y los campesinos.

Entre los hospitales construidos y los reincorporados, se pusieron en servicio 21 más, que con los 202 anteriores, sumaron 233 unidades con 19 mil 558 camas censables. En el DF se contó con 19 establecimientos y 8 mil 816 camas censables.

Se inició el programa de Bienestar Social Urbano ayudando a auténticos necesitados con 240 mil raciones alimenticias.

México fue sede de importantes conferencias internacionales de salud y también asistió a la IX Asamblea Mundial de Salud y la VIII Reunión de Consejo Directivo de la Organización sanitaria Panamericana logrando mayor proyección internacional

Los servicios médicos impartieron 21 millones de atenciones y surtieron 13 millones de recetas, pero solo en la ciudad de México tiene una cobertura total.

Los ingresos del Instituto ascendieron a 492 millones 482 mil pesos y sus egresos a 373 millones 590 mil pesos así distribuidos: 244 millones en servicios médicos, farmacéuticos y hospitalización; 40

⁶⁶ Ibidem pp 604

729 mil en prestaciones en dinero y 89 millones en administración, 118 millones se acumuló en reservas. Sumándose a 5 millones -la mas alta que había obtenido el Instituto-

En 1957 la inversión en salubridad y asistencia fue de 351 millones de pesos de los cuales 129 millones los donó la Lotería Nacional y 39 millones de cooperaciones particulares.⁶⁷ Se fabricó con recursos propios vacuna antipoliomiélfica, y se vacunaron a 537 mil 200 niños de escasos recursos económicos. Se invirtieron 50 millones en 520 mil tratamientos antipalúdicos. Se invirtieron 3 millones de pesos en 132 servicios nuevos de higiene materno-infantil. Otros 3 millones 500 mil pesos se erogaron en programas de salubridad integra en 11 estados y 9 Centros de Salubridad y Asistencia. Los campesinos aportaron 1 millón 130 mil pesos. 10 millones se gastaron en el programa de saneamiento ambiental realizado en 17 entidades. 26 millones se destinaron en la ampliación de los programas dirigidos a medicina preventiva para atender aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En asistencia médico social se invirtieron 28 millones. En ese año se contó con 43 mil 483 camas para servicios asistenciales, oficiales y privados. Se invirtieron en los 2 últimos años 107 millones de pesos para la construcción del Centro Médico Nacional. En mejoras a otros hospitales se gastaron 3, 400,000 pesos.

Se asistió a la X Asamblea mundial de Salud en Ginebra., a la Reunión Panamericana, a la Reunión de Asociación Fronteriza México-Estadounidense y otros eventos de la materia, donde se colaboró con las cooperaciones internacionales.

16 nuevas clínicas se establecieron en diferentes estados con un costo de millones; se pusieron en servicio 4 hospitales con una inversión de 4 millones de pesos.

El total de atenciones médicas impartidas en el sistema fue de 21 millones y se surtieron 11 millones 500 mil recetas.

Los ingresos del Instituto ascendieron a 605 millones 948 mil pesos y sus egresos a 457 millones 715 mil así distribuidos: 290 millones 606 mil en servicios médicos, farmacéuticos y de hospitalización; 51 millones 128 mil en prestaciones en dinero y 115 millones 981 mil en administración. El resto de 148 millones se sumó a las reservas de previsión. Se concedieron pensiones que sumadas al año anterior fueron 11 mil 126; la erogación anual fue de 40 millones de pesos.⁶⁸

⁶⁷ Ibidem pp 637

⁶⁸ Ibidem pp. 639

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1958 para salubridad y asistencia pública se dispuso de \$389 millones de fondos presupuestales; 56 proporcionados por la lotería nacional y 20 por particulares. En el sexenio fueron 2 mil 286 millones: 411 de la lotería Nacional y 128 por los particulares⁶⁹.

En la campaña contra el paludismo, concertada con la OMS, en este gobierno se gastaron 130 millones de pesos.

En el sexenio se construyeron 315 hospitales con un costo de 57 millones de pesos. El total de camas censables sumó 47 mil 500. En las obras del centro Médico se sumó en los 6 años una inversión total de 21 millones de pesos.

El Programa de Bienestar rural alcanzó 502 centros que comprendieron 4 mil 400 localidades y 6 millones de beneficiados, con una erogación sexenal de 89 millones donde 46 millones los aportó el campesinado. De una parte, el Programa de Bienestar Social Urbano sumó 45 centros y benefició un total de 431 mil personas.

El Seguro social sumó al final del sexenio, 2 millones 514 mil derechohabientes incluidos 219 mil campesinos donde había iniciado en el año 1953, solo con 130 mil; en todo el periodo tuvo una tasa de crecimiento promedio en su derechohabencia de 13.9 por ciento anual, la cual fue mayor al sexenio anterior;

CUADRO 3
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AL IMSS EN MÉXICO

Años	Total derechohabientes	Tasa de crecimiento	Variación anual
1953	1,247,876	8.09	-1.93
1954	1,348,200	8.04	-0.05
1955	1,576,196	16.91	8.87
1956	1,813,533	15.06	-1.85
1957	2,096,156	15.62	0.56
1958	2,514,351	19.92	4.30
Tc/var promedio	13.09		1.64

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria estadística del IMSS, 1999"

69 Ibidem pp 668

su variación promedio fue de 1.64% puntos porcentuales; aunque en 1955, fue de 8.87%; es decir, fue fluctuante el crecimiento de un año a otro.

La inversión total en construcciones y equipos en el sexenio fue de 242 millones de pesos.⁷⁰

CUADRO 4
DEFUNIONES Y TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR AÑO
DE REGISTRO, MEXICO 1955 - 1958

Años	Defunciones	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1955	407,522	13.05	
1956	368,740	11.46	-1.59
1957	414,545	12.49	1.03
1958	404,529	11.65	-0.68
Tc/var promedio	-0.33		-0.41

FUENTE: Elaboración propia con base en SSA boletín histórico informativo.

A pesar de los esfuerzos realizados por atender las demandas de la población para mejorar la salud, el cuadro 3 muestra que la tasa de mortalidad fue en promedio del 12%, es decir, significativamente alta, y aunque su tasa de crecimiento promedio fue de -0.33 por ciento, no fue significativa su disminución aunque fue un logro que su variación anual promedio fue en decremento con -0.41 puntos porcentuales; así como el haber mantenido estable la cifra de muertes con relación al aumento de la población total, además de lograr una tasa con tendencia decreciente. Esto nos muestra que el Sistema de salud comenzó a tener impactos favorables sustanciales en la población, a pesar de no haber planes nacionales de desarrollo en el sector salud. Las enfermedades diarreicas, respiratorias, perinatales, otras patologías relacionadas con la desnutrición y pobreza, propias de los países en desarrollo, fueron las primeras causas de muerte, lo cual también mostraba lo mucho que faltaba por hacer en materia de prevención y promoción a la salud y saneamiento ambiental.

⁷⁰ Ibidem, pp. 668

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**2.6.- LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE ADOLFO LÓPEZ MATEOS
PERIODO 1958 - 1964**

La salud se concibió como un derecho imprescindible para el ejercicio y disfrute de los demás derechos humanos y para el pleno desenvolvimiento del país en todos los órdenes.

En esos años continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del IMSS proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras.

**CUADRO 5
TOTAL DE POBLACIÓN DERECHOABIENTE AL IMSS EN MEXICO
PERIODO 1958 A 1964**

año	Población derechohabiente	Tasa de crecimiento	variación anual
1959	2 821 350	12.21	-7.71
1960	3 360 389	19.11	6.90
1961	4 064 347	20.95	1.84
1962	4 776 822	17.53	-3.42
1963	5 200 285	8.86	-8.66
1964	6 347 149	22.05	13.19
Tc promedio	17.60		0.35

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria estadística del IMSS, 1999"

El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, con una tasa de crecimiento promedio de 17.6 por ciento, es decir, altamente considerable a pesar de que su variación porcentual fue inestable en el periodo, como lo muestra el cuadro cinco. Los logros obtenidos en este sexenio modificaron las condiciones de vida de la población debido a que se desarraigaron gradualmente padecimientos favorecidos por carencias, e ignorancia. Se contribuyó a mejorar la alimentación popular, y se logró ir más allá de la medicina curativa y preventiva, hasta el saneamiento ambiental.

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El ISSSTE, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo prestaciones sociales, culturales, económicas y relativas a la salud, extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto incluyeron a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal fueron incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.

Acerca de la creación del ISSSTE el presidente Adolfo López Mateos dijo- "... la única forma de lograr una eficaz protección social es establecer obligatoriamente la inclusión de todos los servidores públicos en los beneficios de la Ley, pues de otra manera no se protegería a los grupos económicamente más débiles y que más requieren de los servicios que se implantan..."

En estas condiciones, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado quedó como una de las más favorables y tutelares en el mundo. En ese mismo año se transformó y adicionó el Apartado B al Artículo 123 de la Constitución, con la incorporación de las garantías contenidas en el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado. Esto colocó los derechos de los servidores del Estado por encima de toda ley reglamentaria.

La ampliación de la atención a la salud, marcó un acelerado proceso de construcción, adquisición y adaptación de centros hospitalarios, entre los que se encontraban el Hospital 20 de Noviembre y Hospitales privados.

CUADRO 6

DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR AÑO DE REGISTRO MEXICO 1958 - 1964

Año	Defunciones	Tasa 1/	variación porcentual
1959	396,924	11.22	-0.59
1960	402,545	11.02	-0.20
1961	388,855	10.30	-0.72
1962	403,046	10.33	0.03
1963	412,834	10.24	-0.09
1964	408,275	9.80	-0.44
Tasa de crecimiento promedio	0.56		-0.335

FUENTE: Elaboración propia con base en SSA boletín histórico informativo,

Con el aumento de la seguridad social, el índice de mortalidad general en el país descendió como muestra el cuadro 6: en 1958 fue de 11.81 por cada mil, con relación al año 1962 que fue de 10.3 y, en 1964, fue de 9.8 por cada 1000 habitantes; a pesar de tener una tasa de crecimiento promedio de 0.56 %; el descenso de la mortalidad infantil en 1958 fue de 81.52 por millar, en 1963 de 65.5, y en 1964 de 64.6 por cada mil; la esperanza de vida aumentó a 64 años y medio. Estos resultados fueron también gracias al aumento de dotación de agua potable a las regiones rurales y los subsidios, al mejoramiento de la alimentación y la atención sanitario asistenciales.

Casi se erradicó el paludismo, solo persistió en aldeas y rancherías aisladas, también fue la situación para el Tifo. Se erradicó la viruela y la fiebre amarilla así mismo el mosquito vector transmisor de éste último. Se abatió la Poliomieltis, que al inicio del sexenio constituía todavía un problema grave de controlar; se disminuyó la Tuberculosis de 41 a 29.5 por cada 1000 hab., el bocio, y el mal del pinto sumó 500 000 pacientes curados.

Descendieron las enfermedades de origen hídrico, del aparato respiratorio, y enfermedades propias de la infancia, aunque siguieron ocupando los tres primeros lugares de causas de mortalidad debido a la falta de agua potable y saneamiento ambiental.

La mortalidad por tifoidea decreció de 9.8 por millar en 1958, a 3.7 en 1964; la disentería fue de 19.1 a 6.6 para los mismos años.⁷¹ En 10 años, la mortalidad general bajó de 16 a 12 casos por cada 1000 habitantes.

El Decreto del 9 de octubre de 1963, que obligó a yodatar la sal para consumo humano, favoreció la disminución del bocio al 50 %.

El total de inmunizaciones en el sexenio fue de 108,195,000 dosis aplicadas y el 16 de Noviembre de 1963 se promulgó el decreto que hizo obligatoria la vacunación oral de los recién nacidos para prevenirlos contra la poliomieltis, cuyo descenso fue de 0.6 casos al millar en 1958 a 0.2 en 1964.

Las construcciones de beneficio sanitario asistencial sumaron en los seis años 6 090 obras con 14,304 camas censables; es decir, 57% mas de las existentes al iniciarse esta Administración; el 80% del incremento de estas camas, benefició al medio rural. Se incluye por ejemplo, la inauguración del Hospital 20 de Noviembre.

⁷¹ Ibidem pp. 852

México siguió cumpliendo con diversos compromisos internacionales en materia de salud, como el Primer congreso Mexicano de Salud Pública con colaboración de la UNICEF, donde se acordó traspasar el Centro Médico Nacional al IMSS.

2.7.- LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE GUSTAVO DÍAZ ORDAZ PERIODO 1964 - 1970.

La salud es concebida como un derecho y una garantía social, ello según la Revolución Mexicana, por lo cual se amplió la acción sanitaria en la medida de los recursos disponibles.

En 1965 se establece un mecanismo de coordinación de las diferentes dependencias y entidades que dan los servicios de salud; se crea así, la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública y Seguridad Social, con un funcionamiento deficiente.

CUADRO 7
TOTAL DE POBLACIÓN DERECHOABIENTE AL IMSS EN MEXICO
PERIODO 1965-1970

año	población derechoahiente	Tasa de crecimiento	variación anual
1965	6 815 685	7.38	-14.67
1966	7 175 360	5.28	-2.10
1967	7 611 395	6.08	0.80
1968	8 186 716	7.56	1.48
1969	9 076 408	10.87	3.31
1970	9 772 492	7.67	-3.20
Tc promedio	7.47		-2.397

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria estadística del IMSS, 1999"

La población amparada por el Seguro social, sumó 6.8 millones de personas con una tasa de crecimiento promedio de 7.47%; sin embargo, solo el 15% de la población recibió los beneficios de la seguridad social, por lo que se planeó consolidar y perfeccionar los sistemas aplicados para los derechoahientes, abatir gastos, evitar evasiones de los cotizantes, simplificar los trámites, facilitar la afiliación, intensificar las campañas de inscripción y aplicar las reformas aprobadas.

En todo el sexenio, la población al amparo del IMSS tuvo una variación anual creciente y positiva, y lo mismo sucedió con el ISSSTE, quienes extendieron su derechoahencia de 655,000 a 1,400,473 personas. Las consultas otorgadas sumaron 25,000,000 con un aumento de 7.4% al periodo anterior. El número de médicos del IMSS ascendió a 7,285 en servicios médicos y atención hospitalaria. Durante este régimen, el ISSSTE aumentó en 1,206 las camas censables sumando al final 2,331. En

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ese mismo periodo, el Instituto realizó 52,000 intervenciones quirúrgicas, atendió 37,000 nacimientos y otorgó 8,000,000 consultas.

En los 6 años, el índice de mortalidad descendió de 10.2 por millar, en 1964, a 9.2 en 1969, lo cual amplió la esperanza de vida al nacer de 60.6 a 63 años. Se dio atención de hospitalización a 284,974 enfermos, se dieron 7,980,000 consultas y se practicaron 57,300 intervenciones quirúrgicas, ello se sumó a los institutos médicos descentralizados quienes hospitalizaron a 21,200 pacientes, otorgaron 412,900 consultas y practicaron 15,500 intervenciones quirúrgicas⁷².

CUADRO No. 8
DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR AÑO DE REGISTRO
MEXICO 1964 - 1970

Año	Defunciones	Tasa 1/	variación porcentual
1965	404,164	9.38	-0.42
1966	424,141	9.53	0.15
1967	420,298	9.14	-0.39
1968	452,910	9.53	0.39
1969	458,886	9.35	-0.18
1970	485,686	9.59	0.24
Tasa de crecimiento promedio	3.74		-0.035

FUENTE: Elaboración propia con base en SSA boletín histórico informativo

El IMSS erogó 2,348,400,000.00 pesos con un aumento del 19.6% con relación al año pasado. El ISSSTE invirtió en este periodo 838,000,000.00 pesos. Con esta suma se terminó la construcción de ocho hospitales regionales, una clínica y remodelaciones.

Durante esta administración fueron destinados 8,497,000,000.00 pesos a la atención de la salud pública y 1,495,000,000.00 pesos a la construcción de hospitales⁷³, obras de agua y otros conceptos relacionados con la mejora de las condiciones físicas que tienen impacto en la salud.

La Inversión Pública Federal en el periodo de 1965 a 1970 sumó un total de 141,220.00 millones de pesos, de los cuales en el rubro de bienestar social se destinaron 33,167.1 millones, es decir: el 23.48%; de esta cifra se destinó a la construcción de Hospitales y centros asistenciales 5,199.4

⁷² -Tercer informe que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. Gustavo Díaz Ordaz". 1º de septiembre 1967, Ed, secretaría de Gobierno, México, pp 55

⁷³ las obras mas destacadas fueron el Manicomio de la Castañeda, la remodelación del Hospital General y el H. Juárez, y el hospital de Huipulco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

millones que equivalió al 15.7% del total del gasto en bienestar social, y el 3.68 del total de la inversión pública sexenal.⁷⁴ Estas cifras sustentan la hipótesis de que fueron épocas de hacer crecer a pasos agigantados la seguridad social, aunque no se planeó con una visión pertinente, debido a que se centralizaron los servicios y se dio mayor empuje al ámbito curativo y de alta especialidad. La prevención no fue muy extensa, solo se otorgó orientación y adiestramiento sobre salud higiene y nutrición a 2,250,000 personas en todo el país, lo cual fue muy escaso en comparación con las acciones de 2º y 3er nivel, pero sí fue progresiva dicha prevención, aunque no perdió su tónica inercial: es el caso de las intensivas campañas de vacunación contra la poliomielititis en 24 estados, y el esmerado control sanitario para erradicar algunas enfermedades como la oncocercosis, mal del pinto y paludismo.

2.8.- LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE LUIS ECHEVERRÍA ALVAREZ PERIODO 1970-1976

2.8.1 Política social y análisis económico

A partir de 1970 hubo un giro importante en la manera de entender la realidad nacional, se percibió la necesidad a través de las demandas hechas por el Congreso del Trabajo, de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado en el país. En su primer informe de gobierno, Echeverría reconoce que la lucha contra las enfermedades es solo parte de un fenómeno social más amplio, es decir, es la promoción de ese bienestar, e intenta dar mayor empuje al primer nivel de atención y adoptar una orientación integral de carácter educativo, preventivo y sanitario.⁷⁵

En el sexenio del presidente Luis Echeverría, la política económica fue de corte restrictivo ya que se concebía que la austeridad y el ahorro eran un mecanismo de concentración de ingreso; así el modelo de desarrollo se realizó a costa del bienestar social, a pesar de que hubo un excedente económico, - donde la plusvalía creció dos veces más rápido que los salarios⁷⁶ e implicó un aumento en el grado de explotación proletariado- que no se reinvertió, mejor se desvió hacia el consumo suntuario de la clase

74 "Tercer informe *Op. Cit.* pp. 148

75 Primer informe que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA", 1º de septiembre 1971, Ed, secretaría de Gobierno, México, pp 26, 27.

76 Según datos que recogen tres autores: Ma. de la Luz Arriaga, Edur Velasco y Eduardo Zepeda "Inflación y salarios en el régimen de LEA" en investigación económica, v. xxxvi, núm. 3 julio-septiembre de 1977 pp 229 y 239.

capitalista y actividades no productivas,⁷⁷ además de una mala distribución del ingreso; tal política fue contraria a las aspiraciones populistas para un bienestar social vertidas en el Congreso del Trabajo, donde, en sus demandas se muestra que el derecho a la atención a la salud fue también parte de la lucha sindical obrera⁷⁸.

TABLA 1
RECURSOS ECONOMICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE LUIS ECHEVERRIA ALVARES PERIODO 1970-1976

VARIABLES ECONOMICAS								
Años	PIB real base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual	Gasto Publico en salud % del PIB	Variación porcentual anual	PIB per cápita en salud base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual
1971	3,751,862.12			3.5		2.60		
1972	3,975,439.26	5.95		3.46	-0.04	2.63	1.46	
1973	4,383,301.4	10.25	4.30	3.47	0.01	2.82	7.12	5.66
1974	4,817,339.72	9.90	-0.35	3.93	0.46	3.40	20.63	13.51
1975	5,068,765.77	5.21	-4.68	4.31	0.38	3.81	11.91	-8.71
1976	5,531,172.44	9.12	3.90	4.4	0.09	4.12	8.15	-3.77
Tc/var promedio	8.00		0.79	4.68	0.18	9.64		

Fuente: elaboración propia con base en datos de boletines informativos SSA varios años, e INEGI.

Es decir, el acceso a los servicios de salubridad, no era otorgado con toda prontitud y justicia social, se necesitó defenderlo a través de las organizaciones sindicales.

Así en el gobierno del mandatario Echeverría no se logró modificar las características del desarrollo capitalista, cada vez más dependiente del imperialismo y plenamente adentrado en su fase monopolista, con pleno apoyo del Estado;⁷⁹ todo ello se ve claramente reflejado en la tabla 1, donde se observa que a pesar de que el PIB real tuvo una tasa de crecimiento promedio de 8% en todo el periodo; el Gasto público en salud tuvo una tasa de crecimiento promedio de 4.68%, es decir, no fue igual que el PIB, sino un poco menos la mitad del crecimiento; esto también se observa en el PIB per cápita en salud, aunque tuvo una tasa de crecimiento promedio de 9.64 por ciento, el monto por persona, que en el mejor caso fue de 4.12 pesos en 1975, fue a todas luces insuficiente para

⁷⁷ *Movimientos populares en la historia de México y AL: Memoria del primer encuentro nacional de historiadores*; UNAM, México 1987, pp. 338 y 352.

⁷⁸ *Ibidem* pp. 361

⁷⁹ *Ibidem* pp. 336

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

solventar el gasto de algún evento de salubridad. Este fenómeno es resultado de la cobertura del Sistema Nacional de Salud, la cual no rebasó el 35% del total de la población; es decir, formalmente no se incluía a todos los habitantes para gozar de los servicios de salud. En cambio, si del PIB per cápita resultara de dividir el Gasto en salud en ese 35% de cobertura, sería mayor el monto, pero, el supuesto del derecho al acceso a los servicios de salud debe partir del 100% de la población; por lo cual estos datos son muy reveladores de los grandes rezagos que aún existían.

CUADRO 8
INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL EJERCIDA POR OBJETO DEL GASTO PERIODO 1970-1976 Y
GASTO TOTAL
(Millones de pesos)

Años	TOTAL DEL GASTO EJERCIDO DEL PRESUPUESTO DE RESERVADOS	GASTO TOTAL EN SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	% RESPECTO AL TOTAL	VARIACIÓN PORCENTUAL	INVERSIÓN NACIONAL TOTAL EJERCIDA	BIENESTAR SOCIAL	% RESPECTO A LA INVERSIÓN NACIONAL TOTAL EJERCIDA	HOSPITALES Y CENTROS DE ASISTENCIA SOCIALES	% RESPECTO AL BIENESTAR SOCIAL
1971	nd	----	---	----	29,205.3	7,919.5	27.11	1,406.4	17.5
1972	139,717.0	2,543.0	1.82	----	22,558.6	5,070.5	22.47	609.6	12.02
1973	194,211.0	3,164.0	1.62	-20	nd	nd	nd	nd	nd
1974	259,394.0	3,892.0	1.5	-12	49,838.4	13,055.9	26.19	3,275.8	25.09
1975	376,641.0	5,088.0	1.35	-15	64,817.3	13,844.8	21.35	2,760.8	19.94
1976	490,637.0	6,237.0	1.27	-08	nd	nd	nd	nd	nd

FUENTE: Elaboración propia con base en datos contenidos en los anexos de los informes de gobierno que rindiera del presidente Luis Echeverría Álvarez, en los años 1971, 1972, 1974 y 1975 y en el 6° Informe de gobierno del presidente José López Portillo.

Nd= no disponible

El cuadro 8, muestra la Inversión Pública federal ejercida por objeto del Gasto; donde El Gasto total en salubridad y asistencia, osciló entre el 1.2 y 1.8% respecto del Gasto total nacional con una variación porcentual negativa en todos los años, es decir, además de ser insuficiente, fue disminuyendo el presupuesto año con año lo cual reveló posibles restricciones en algunos programas de diferente injerencia en los servicios de salud, es el caso del Plan Nacional de Salud instaurado en 1974 y concebido para los siguientes diez años, donde se señalaron las necesidades, preferencias y las estrategias de aplicación de todos los recursos disponibles. El primer año de instalado, se

obtuvieron algunos resultados⁸⁰, sin embargo posteriormente quedó suspendido, además de que su ejecución en general fue insuficiente y careció de continuidad y permanencia.

La Inversión Nacional como objeto del Gasto total nacional fue del 18.1%⁸¹ promedio, del cual el Gasto en Bienestar social se mantuvo de 21 a 27% respecto de la Inversión nacional; la erogación en hospitales y centros de asistencia social, fue de 12 a 25% con respecto al bienestar social; es decir, a pesar de que este último se mantuvo estable, el gasto en hospitales varió mucho más.

Esto nos habla de que no había consistencia en la planeación y administración de los recursos destinados, y conforme disminuyó de un año a otro como sucedió en el año 1971- 1972 donde pasó del 17.5 al 12.2 por ciento y de 1974 a 1975 que descendió del 25.09 al 19.94 por ciento, indudablemente también tuvo impactos negativos de restricción en la ejecución de los programas de asistencia social y servicios de salud.

2.8.1 Análisis de los resultados de salud

Como parte de la orientación integral del carácter educativo, preventivo y sanitario, Echeverría en su primer año de gobierno, instaló el Consejo de Salubridad General, mismo que por reformas al artículo 73 de la constitución, incluyó funciones concernientes a la lucha contra la insalubridad del ambiente así como la de dictar disposiciones para prevenir y combatir la contaminación, obligatorias en todo el país.⁸² Como parte de tales acciones se realizaron en ese año 255 obras de introducción de agua potable, 23 centros de salud y 7 hospitales. Se inauguraron los laboratorios de virología donde se inició la preparación de vacuna nacional antipoliomielítica según parámetros establecidos por la OMS, con lo cual en ese año el presidente dijo haber dado cobertura al 80% de la población infantil. Conjuntamente se continuaron las acciones preventivas de los males más comunes de la época⁸³ y, se llevó a cabo la primera Reunión Nacional de Salud con la asistencia de representantes de los Servicios Coordinados de los Estados, Territorios, y del Distrito Federal donde se abordaron temas

⁸⁰ 4º informe.- Algunos resultados son: se rehabilitaron 392 unidades hospitalarias, se impartieron más de 10 millones de consultas médicas, se atendieron 272 mil partos y se realizaron 45 mil intervenciones quirúrgicas, se hospitalizaron 358 mil pacientes; y, las acciones preventivas se enfocaron principalmente a la aplicación de vacunas con gran éxito contra tétanos, difteria, poliomielitis, sarampión y tosferina, sumando más de 20 millones de dosis, más 19 millones de vacuna contra la tifoidea, y se inició la vacunación masiva contra la tuberculosis; pero no se fortaleció la promoción a la salud como acción fundamental de la prevención.

⁸¹ Dato calculado con base en los montos a precios corrientes de la columna de inversión total nacional del cuadro 9, no presentados en este gráfico por no existir los datos completos para los 6 años.

⁸² Primer informe que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA*, 1º de septiembre 1971, Ed. Secretaría de Gobierno, México, pp 26, 27.

⁸³ Ellas fueron oncocercosis, mal del pinto, tuberculosis, diabetes, sarampión, tétanos, tos ferina, cáncer y paludismo.

de medicina preventiva, asistencia médica y social, saneamiento ambiental y obras rurales por cooperación. Sin embargo, no menciona acciones palpables resultado de la reunión; aunque formó parte de un intento en cambiarle de giro a la política altamente curativa de la conducción de la salud en nuestro país.

El Congreso del Trabajo demandó la intervención en el funcionamiento del Seguro Social, a través del PRI en los rubros de aumento en las prestaciones y simplificación en los trámites burocráticos.⁸⁴ La tabla 1-b nos muestra que la seguridad social, siendo desde esa época un eje fundamental de la política distributiva, tuvo una cobertura de 29,2% promedio de la población legal, variando del 24.4 al 35.3% en 1971 a 1976 respectivamente. Sin embargo tuvo una variación porcentual positiva en los seis años de ese gobierno con una tasa de crecimiento promedio de 7.65 por ciento; es decir, en todo el periodo fue en aumento relativamente acelerado. Las reformas a la Ley del seguro social, trataron de ampliar su cobertura con aumento a los pensionados y favoreciendo los seguros adicionales en la rama de enfermedades no profesionales en beneficio de los hijos de los asegurados. Por su parte, el ISSSTE comenzó a celebrar contratos de subrogación de servicios médicos para extender la cobertura a los estados de Morelos Sinaloa y Chiapas. Se continuaron trabajos de apoyo en las instituciones correspondientes a fin de incorporar a los menares desvalidos al desarrollo nacional, lo cual evitaría mayor rezago social; y por su parte, el Seguro Social se extendió como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social y se buscó favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento. Así en 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social las cuales fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley amplió los beneficios del régimen obligatorio, extendió la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantó el ramo de guarderías en toda la república. El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral" ⁸⁵ que implicaba ampliar la protección a sus trabajadores y extenderla a otros no beneficiados en ese momento.

Aunque el IMSS siguió aumentando su población afiliada, con una tasa de crecimiento promedio de 9.67 por ciento como lo muestra el cuadro 9, proyectada también al sector rural con contribuciones

⁸⁴ *Movimientos populares en la historia de México .. Op cit. pp 361*

de sus beneficiados mínimas o nulas, no fue suficiente la atención a los más vulnerables, y por la existencia de estos grupos sin capacidad contributiva, se determinó un nuevo marco jurídico con un nuevo Código Sanitario que dio origen a los servicios de seguridad social, inició los programas de planeación familiar, paternidad responsable, trasplante de órganos y tejidos y a una mas adecuada reglamentación del ejercicio de la medicina.

CUADRO 9
TOTAL DE POBLACIÓN DERECHOHABIENTE AL IMSS EN MÉXICO
PERIODO 1970-1976

año	población derechohabiente	Tasa de crecimiento	variación anual
1971	10 429 537	11.15	
1972	11 591 972	19.71	8.56
1973	13 876 623	3.10	-16.61
1974	14 306 391	14.20	11.10
1975	16 337 593	1.31	-12.89
1976	16 551 576	4.99	3.68
Tc promedio	9.67		

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria estadística del IMSS, 1999"

El ISSSTE hizo lo propio, afiliando a 2 millones en 1974, como resultado de la política de extender los beneficios de seguridad social. Un resultado palpable fue el servicio realizado a favor de la asistencia familiar nacional e infantil con diferentes apoyos.⁸⁵

De esta forma, sumaron en ese periodo, 16 millones de amparados entre las instituciones de salud más importantes, equivalentes a casi una tercera parte de la población total del país.

Los recursos físicos y humanos en este sexenio tuvieron un comportamiento homogéneo de decremento; Cálculos propios plasmados en la tabla 2 revelan que la distribución de Unidades Médicas promedio fue de 8 por cada 100 mil habitantes con una tasa de crecimiento promedio negativa en -0.43% y su variación porcentual fue negativa o nula en todos los años; es decir, a pesar

⁸⁵ Tercer informe de Gobierno que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA ALVAREZ", 1º de septiembre 1973, Ed, secretaria de Gobierno, México, pp 12

⁸⁶ Cuarto informe de Gobierno que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA ALVAREZ", 1º de septiembre 1974, Ed, secretaria de Gobierno, México, apartado política social.

de que se invirtió como objeto del gasto el 18.6 % promedio en hospitales durante todo el sexenio, no aumentó el acceso a los servicios de salud en las Instituciones oficiales de Salubridad,

TABLA 2
RECURSOS FISICOS Y HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ PERIODO 1970-1976

RECURSOS DE SALUD											
Años	Cobertura del Sistema Nacional de Salud %	Variación Porcentual	Unidades Médicas C/ 100 mil hab	tasa de crecimiento	variación porcentual	Camas censables c/1000 hab	tasa de crecimiento	variación porcentual	Total de médicos	tasa de crecimiento	variación porcentual
1971	24.44		8.08			79.43			23002		
1972	26.13	1.68	8.05	-0.37		78.20	-1.55		25656	11.53	
1973	27.41	1.27	8.02	-0.43	-0.06	76.97	-1.56	-0.01	28310	10.34	-1.19
1974	28.85	1.44	7.98	-0.46	-0.032	75.77	-1.54	0.01	30964	9.37	-0.96
1975	33.50	4.64	7.94	-0.46	0.00	74.63	-1.50	0.04	33618	8.57	-0.80
1976	35.34	1.83	7.91	-0.43	0.03	73.57	-1.43	0.07	36272	7.89	-0.67
Tc/ var prom edio	7.65	2.17	-0.43		-0.01	-1.52		0.03	9.53		-0.91

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

Esto se debió en parte a que la población legal crecía más rápido que la construcción de hospitales instituciones de asistencia social, además de la centralización de los mismos y a la insuficiente cobertura del 29.2% promedio de la población legal, que dificultó aún mas tal acceso.

El indicador camas censables también tuvo un decremento de -1.52 por ciento promedio en ese periodo, con una variación de 0.03 puntos porcentuales; es decir, el acceder a una cama de hospitalización, fue más difícil año con año; este resultado contrasta con lo informado por el Presidente Luis Echeverría, quien aseveró que en 1973 las camas censables aumentaron 65% y los consultorios en un 35% con respecto del año anterior; Sin embargo, fue estéril analizar el crecimiento de los recursos de salud sin contrastarlos con la población quien es la mayor usuaria del recurso. El número total de médicos tuvo una tasa de crecimiento promedio de 9.53 por ciento con una variación promedio negativa de -0.9 puntos porcentuales; lo que aumentó las probabilidades de la población legal para no tener de manera pronta el acceso a la atención de un evento de enfermedad

por un profesional de salud.

Entre otras actividades, en 1973 se realizó la primera convención nacional de salud y se reexpidió el último código sanitario.

La tabla 3 muestra el comportamiento de algunos indicadores de salud, considerados representativos, los cuales nos acercan al impacto de la continuidad de las acciones de salud en la población.

TABLA 3
INDICADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE LUIS ECHEVERRIA ALVARES PERIODO 1970-1976

INDICADORES DE SALUD							
años	Mortalidad general	Variación porcentual	Mortalidad - 1 año	Variación porcentual	Consultas Externas c/1000 hab	tasa de crecimiento	Variación porcentual
1971	9.6		79.0		1284.03		
1972	8.7	-0.9	73.6	-5.4	1301.83	1.39	
1973	8.8	0.1	72.7	-0.9	1317.42	1.20	-0.19
1974	8.2	-0.6	70.8	-1.9	1331.29	1.05	-0.14
1975	7.5	-0.7	67.4	-3.4	1344.06	0.96	-0.09
1976	7.2	-0.3	64.6	-2.8	1356.15	0.90	-0.06
Tc/var promedio	-5.59	-0.48	-3.94	-2.88	1.10		-0.12

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA/DGEI, 2000 e INEGI series históricas de estadísticas vitales.

La tasa de mortalidad general, fue de 8.3 promedio por cada 1000 habitantes en todo el sexenio, su crecimiento promedio fue de -5.59 por ciento anual y su variación promedio manejó -0.48 puntos porcentuales en el sexenio; es decir, logró disminuir aceleradamente año con año.

La tasa de mortalidad infantil fue de 71.35 promedio por cada 1000 nacidos vivos: su crecimiento anual promedio mantuvo -3.94 por ciento y varió en promedio -2.88 puntos porcentuales en este mandato; es decir, la deficiencia en la gestión de los servicios de salud, y discontinuidad de sus programas, entre otros males, se vio reflejado en estas dos variables; ya que la mortalidad infantil es un indicador altamente sensible a los cambios en la atención a la salud, y por ello es que su disminución en 3.94, fue menor comparado con la mortalidad general que fue de 5.59, además de tener un valor promedio muy alto de 71.3 niños muertos por cada 1000 nacidos con vida.

Las consultas externas sumaron 1,322.4 consultas impartidas promedio por cada 1000 habitantes con

una tasa de crecimiento anual promedio de 1.10 por ciento y varió en -0.12 puntos porcentuales, este indicador muestra que al menos una vez la población legal requirió de una consulta médica al año.

Pero si consideramos que el porcentaje de población cubierta por el sistema nacional de salud, era el 29.2 promedio del total de la población legal, sugiere que esa población se enfermó repetidas veces en un año, lo cual nos habla de la alta incidencia de la carga de enfermedad y por lo tanto de la propensión altamente curativa del modelo de salud, más no del fomento de medidas preventivas y fomento a la salubridad.

El presidente aseguró en su informe final, no haber tenido precedente en los resultados obtenidos en números absolutos y relativos. Tal aseveración se basó principalmente en cifras que incluyó como: el número de dosis de vacunas aplicadas que sumaron 217 millones, producidas todas ellas en laboratorios de la SSA, dijo haber llegado a 25 millones de asegurados, por el número de consultas otorgadas, disposición de 65 mil camas censables, la creación de 242 unidades médicas para el sector rural, y 60 clínica-hospitales, reducción de la tasa de mortalidad general del 9.6 en 1971 a 7.2 por cada mil en 1976, entre otros logros⁸⁷. Y aunque efectivamente durante este sexenio si hubo mayor expansión de los recursos, el modelo de salud aplicado adoleció de la continuidad de un Plan nacional de salud, de eficacia, cobertura y, de tener una tendencia preventiva. Esta conclusión la sustenta un reconocimiento en el ámbito internacional, donde mencionan hubo distribución desigual en la prestación de servicios de salud y la necesidad de adoptar nuevas estructuras considerando el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental del ser humano.⁸⁸

Por lo tanto, la afirmación anterior del presidente Luis Echeverría, respecto de los logros sin presidentes, pierde fuerza al someterla al análisis detallado.

La síntesis es que la medicina social no recibió aumentos, sino reducciones sobre todo en las personas desempleadas⁸⁹, campesinos y otros grupos vulnerables quienes no gozaban del derecho de los servicios de salud versus los obreros asalariados quienes si tuvieron mayor acceso como parte de la retribución laboral gracias a sus luchas sindicales y, a pesar de los incipientes planteamientos de la universalidad de la seguridad social. Este sexenio apenas luchaba por expandir la salubridad, es decir, es prematuro hablar en esos tiempos de continuidad como la principal característica en los programas de salud.

⁸⁷ 6º Informe de Gobierno que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA ALVAREZ. 1º de septiembre 1976, Ed, secretaría de Gobierno, México, apartado política social. Pp 62.

⁸⁸ Idem pp 63

2.9 LA SALUBRIDAD EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE JOSE LOPEZ PORTILLO.
PERIODO 1976-1982

2.9.1 Política social y análisis económico

En 1978, México suscribió en Alma Ata, el siguiente compromiso: "salud para todos en el año 2000", en el marco de la reunión de la Organización Mundial de la Salud, donde se inscribió:

"Las unidades de primer y segundo nivel deberán garantizar la prestación de servicios en la cantidad, calidad y oportunidad acordes a las necesidades y demandas de la población en general, que habite en sus áreas de influencia, sin embargo es conveniente señalar que las acciones estarán fundamentalmente dirigidas a la población no protegida por la seguridad social y con escasez de posibilidades de acceso a la medicina privada"⁹⁰

En lo económico, el nuevo gobierno del señor José López Portillo se inauguró bajo el signo de la política impuesta por el Fondo Monetario Internacional que comprendía la reducción del gasto y la inversión públicos, especialmente en lo correspondiente al consumo popular y los gastos sociales lo cual rezagó más la atención de dichos servicios sociales, junto con mayor aplicación de los recursos estatales a cubrir la deuda pública, la comprensión de los salarios al tope de 10 y 12% anual en 1977 y 1978 respectivamente.

CUADRO 10
GASTO CORRIENTE EJERCIDO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS
DURANTE EL PERIODO DE GOBIERNO DEL PRESIDENTE JOSE LÓPEZ
PORTILLO PERIODO 1976-1982
(Millones de pesos)

AÑOS	TOTAL SECTOR PUBLICO	SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	% RESPECTO AL TOTAL	VARIACIÓN PORCENTUAL
1977	672,785	9,494	1.41	----
1978	869,235	12,460	1.43	31.24
1979	1,170,796	16,030	1.36	28.65
1980	1,780,037	19,626	1.10	22.43
1981	nd	nd	nd	nd
1982	nd	nd	nd	nd

FUENTE: Elaboración propia con base en datos registrados en el "6° Informe de Gobierno, apartado Sector Salud y Seguridad Social", que rindiera el presidente José López Portillo, a la H Cámara de Diputados, México 1° de Septiembre 1982, pp 25. Nd= no disponible

⁸⁹ *Movimientos populares en la historia de México.. Op. Cit. pp 355*

⁹⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL "Programa Nacional de Salud 1984-1988", SSA, México, 1984.

Entre 1976 y 1978, la economía entró en su ciclo mas bajo de recesión-inflación, y provocó el abatimiento brutal del ingreso de los trabajadores asalariados junto con desempleo generalizado a todas las ramas de la actividad.⁹¹

Entre 1978 y 1982 el presidente López Portillo en su ultimo informe, dijo haber incrementado notablemente el gasto gubernamental en los servicios de salud, y según los datos presentados por su gabinete, el cuadro nueve nos muestra que el porcentaje del Gasto corriente ejercido en Salubridad y asistencia, con respecto al Gasto Total del Sector Público, fue en promedio del 1.3 por ciento, con un comportamiento regular decreciente a pesar de que el Gasto Total a precios corrientes del sector público si fue en aumento; la variación porcentual del Gasto en salud fue decreciente en los primeros cuatro años de su mandato; es decir, no hubo ese incremento notable del cual se habló.

Con relación a lo anterior; cálculos propios mostrados en la tabla 3 muestran que el PIB real tuvo una tasa de crecimiento promedio de 11.39 por ciento anual⁹² comportándose de manera irregular:

TABLA 3
RECURSOS ECONOMICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE JOSE LOPEZ PORTILLO PERIODO 1976-1982

VARIABLES ECONÓMICAS								
Años	PIB real base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento	Variación porcentual	Gasto Pública en salud	Variación porcentual	PIB per cápita en salud (pesos)	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1977	5,850,136.85	5.77	-3.36	4.40	0.00	0.99	21.10	-0.07
1978	6,199,567.78	5.97	0.21	4.60	0.20	1.36	37.15	16.05
1979	6,790,912.17	9.54	3.57	4.50	-0.10	1.64	20.37	-16.78
1980	7,500,052.46	10.44	0.90	4.30	-0.20	2.00	22.21	1.84
1981	9,168,841.45	22.25	11.81	3.90	-0.40	2.72	36.09	13.88
1982	10,031,783.95	9.41	-12.84	3.20	-0.70	2.99	9.83	-26.27
tc/ var promedio	11.39		0.05	-6.17	-0.20	24.70		-1.89

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

De 1979 a 1980, pasó de 10.44 a 22.5 para luego caer en el último año de gobierno a 9.41 %. Su variación mantuvo 0.05 puntos porcentuales promedio debido a las altas y bajas en su variación anual.

⁹¹ *Movimientos populares en la historia de México.*, Op. Cit. pp 337

El Gasto Público en salud tuvo una tasa de crecimiento promedio de -6.17 por ciento anual con una variación promedio en -0.20 puntos porcentuales, y se comportó negativamente en los últimos cuatro años del sexenio y en los primeros dos años, fue de cero. Estos resultados fortalecen lo anterior; es decir, a pesar de que hubo un crecimiento sostenido e importante en el PIB nacional, el Gasto Público en salud no tuvo relación en la magnitud de su crecimiento; al contrario, fue en decremento. Esto se traduce, para efectos de la hipótesis de esta investigación, en que no se le dió prioridad a la continuidad de los programas de salud en su totalidad, hubo mala administración y organización del sector, así como la falta de preferencia para los tomadores de decisiones, de incidir favorablemente en las políticas públicas y su asignación de recursos económicos; esto, entre muchos otros males que adoleció en ese periodo el sistema de salubridad pública.

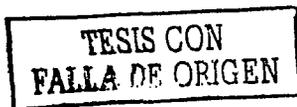
El PIB per cápita en salud tuvo un comportamiento diferente; presentó una tasa de crecimiento promedio de 24.7 por ciento anual pero su variación permaneció en -1.89 puntos porcentuales; y aunque la tasa de crecimiento promedio fue alta, se mantuvo en 1.95 pesos anuales por persona en todo el sexenio. A todas luces no era suficiente para resolver el costo de la atención a la salud en cualquier nivel de demanda en la población.

Todos estos porcentajes son muy reveladores: la escasez del gasto no permitió desarrollo en términos de reducir la desigualdad, ni grandes cambios en las estructuras de las instituciones y sus planes, así como un nulo crecimiento por no haber existido acumulación del capital ni inversiones nuevas en recursos de diversa índole, y progreso tecnológico que en conjunto, sustentaran hablar con tanta ligereza del mejoramiento de la salud de los individuos y por ende, del bienestar social.

2.9.2 Resultados de salud

Básicamente, tres estrategias se aplicaron en el sexenio: la organización sectorial de las instituciones involucradas; la descentralización de las mismas, y su modernización administrativa. Con la primera, se incrementó la participación de las entidades federativas y los municipios en la prestación de los servicios de 1º y 2º nivel de atención;⁹² se dio continuidad institucional al Programa de Seguridad Social de Zonas Rurales, no obstante, la cobertura y calidad de los servicios de seguridad social no fueron ni suficientes ni satisfactorios por la persistencia de diversos problemas

⁹² La tcp es 3 puntos mas alta que la real, debido al efecto del cambio de base de 1980 a 1993; sin embargo se conserva la misma tendencia que usando deflactor año base 1980.



muy limitantes, como lo fue el crecimiento del aparato administrativo que se tradujo en un incremento en gastos que no fue proporcional al número y calidad de los servicios otorgados; otro problema fue la concentración de los servicios en ciertas regiones del país y en ciertos grupos de trabajadores, lo cual generó desigualdad en la atención a la población.⁹⁴

Con relación a los recursos físicos y materiales, el presidente declaró en su último informe de gobierno, que se utilizaron en lo posible, con mayor eficiencia las instalaciones para ampliar la cobertura a la población legal, lo cual aminoró la brecha entre la atención de los trabajadores, de los ubicados en el sector informal y el medio rural.⁹⁵ Aunque ello, no disminuyó los daños y riesgos que afectaban a la salud, por la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones en salud tanto públicas como del sector privado, lo cual conllevó a la discontinuidad de tales acciones. Los niveles de salud⁹⁶ también tuvieron diferencias de acceso, debido a la polarización en la distribución de la riqueza, la dispersión demográfica en áreas rurales con alta natalidad y desnutrición.

La tabla 4 muestra el comportamiento de algunos recursos de salud; cálculos propios muestran que la cobertura tuvo una tasa de crecimiento promedio de 6.11 con una cobertura en todo el sexenio de 41.94 promedio y una variación porcentual de 2.31 promedio. La variable cobertura tuvo un comportamiento uniforme y positivo: es decir, cada año, fueron más las personas que tenían acceso a los servicios de salud, sin embargo, por la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones en salud, también conllevó a la superposición de coberturas de atención a la población en algunas regiones y carencias en otras: ya en 1982, más de 10 millones de habitantes no tenían acceso a servicios permanentes de salud.

⁹³ Se descentralizaron 19 hospitales federales y 8 unidades psiquiátricas y en 1981 se expidieron las bases para el Programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA, 5º Informe de Gobierno que rindiera el Presidente José López Portillo en 1985, pp 48.

⁹⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL "Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988", Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, mayo 1983, pp248, 249.

⁹⁵ 6º Informe de Gobierno que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. José López Portillo", 1º de septiembre 1982, Ed, secretaria de Gobierno, México, Pp

⁹⁶ Los niveles de salud se subdividen en: 1º 2º y 3er nivel de atención, según los servicios que prestan en las unidades médicas correspondientes. Tales servicios son promoción a la salud y prevención, hospitalización, que incluye las cuatro especialidades básicas y, hospitalización de alta especialidad, respectivamente.

TABLA 4
RECURSOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE JOSE LOPEZ PORTILLO PERIODO 1976-82

RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD										
años	cobertura Sistema Nacional de Salud %	variación porcen- tual	unidades médicas c/10000 0 hab	tasa de creci- miento	variación porcen- tual	Camas censables c/ 1000 hab	tasa de crecimien- to	variación porcen- tual	Total de médicos	variación porcentua l
1977	36.56	1.23	7.90	-0.24	0.20	74.14	0.78	2.21	39,074	7.72
1978	37.48	0.92	8.09	2.52	2.76	81.65	10.12	9.35	39,690	-6.15
1979	41.26	3.79	7.85	-2.99	-5.52	83.78	2.60	-7.51	34,902	-13.64
1980	41.66	0.40	7.82	-0.42	2.57	81.58	-2.63	-5.24	45,460	42.31
1981	45.54	3.88	11.99	53.32	53.74	90.79	11.29	13.97	52,380	-15.03
1982	49.19	3.65	13.17	9.85	-43.46	78.53	-13.50	-24.79	60,544	0.36
tc/ var promedio	6.11	2.31	10.77		1.71	1.15		-2.01	9.15	2.60

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

Con la cobertura se relaciona el acceso al número de unidades médicas; este indicador creció en promedio 10.77 %, y su promedio fue de 9.47 unidades para cada 1000 personas. Es decir, prestar atención médica integral a la población; fue escasa, ya que diez unidades médicas por cada cien mil habitantes, no se dieron abasto para cubrir al cien por ciento las demandas de salud de la población asignada; esto aunado a la centralización de este recurso y desarticulación de acciones ya mencionada.

Las camas censables, que dependen del número de unidades médicas, fueron de 81.74 camas para cada 1000 habitantes, tuvieron una tasa de crecimiento promedio de 1.15 %, Es decir, el tener acceso a una cama de hospitalización para atender un evento de salud de los pacientes, no resuelto en el primer nivel de atención que requiriera atención continúa por médicos y enfermeras, fue poco accesible; esto revela que la población no era atendida con oportunidad al requerirlo.

El Personal Médico, que Incluyó en este caso, el total de médicos que laboraban en las unidades médicas en el área de consulta externa, hospitalización o investigación, tuvo una tasa de crecimiento promedio de 9.15 %; este dato no nos reveló el porcentaje de ellos por cada mil habitantes, ya que en las estadísticas oficiales, se contabilizaban de manera conjunta los médicos situados en contacto directo con los pacientes, áreas de investigación y administrativas; de tal forma que construir un

indicador que nos diera tal porcentaje, representó un sesgo, porque solo se toman en cuenta los que estén en atención directa con la población derechohabiente. Sin embargo, al observar la proporción de la cobertura, las Unidades médicas y camas censables por cada mil, es concluyente que los médicos tampoco fueron los necesarios para satisfacer la demanda de atención médica en beneficio de los pacientes.

Para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población mas desprotegida, en 1978, se le otorgó al IMSS, la facultad de extender su acción a poblaciones marginadas y zonas deprimidas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. En 1979, se convirtió en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer éste, posteriormente tomo el nombre de "Programa IMSS-Solidaridad", para prestar servicios médicos a dichos grupos marginados.

El Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo, se incorporara al sistema de seguridad social, la cual siguió incrementando su matrícula como observamos en el cuadro siguiente, aunque definitivamente no fue una garantía de mejora y/o mantenimiento de la salud, pero era sin embargo logro. Así la tasa de crecimiento promedio de nuevos derechohabientes al IMSS se mantuvo en 9.11 por ciento.

CUADRO 11
TOTAL DE POBLACIÓN DERECHOABIENTE AL IMSS EN
MEXICO PERIODO 1976-1982

AÑO	POBLACIÓN DERECHOABIENTE	VARIACIÓN ANUAL
1977	17 377 633	4.99
1978	19 789 239	13.87
1979	20 987 823	6.05
1980	24 125 307	14.94
1981	26 915 951	11.56
1982	26 884 938	-0.11
tcp	9.11	

FUENTE: Elaboración propia con base en el documento "Memoria Estadística del IMSS, 1999"

Sin embargo, la contracción de las actividades productivas que desembocaron en problemas económicos presentados en el último año de Gobierno, determinaron que el total de la población

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

derechohabiente afiliada a todas las instituciones de salud públicas, del Régimen de Seguridad Social, se mantuviera prácticamente estático.⁹⁷

A pesar de ello, el sistema de seguridad social pretendió aplicar un enfoque integral al bienestar del trabajador y su familia donde consideró primordial la atención a las necesidades básicas en salud, además de las actividades de cultura, recreación y otros.

Para 1982, los beneficiarios de la seguridad social de todas las instituciones públicas, ascendieron a 32.9 millones de habitantes, casi la mitad de la población nacional.

En materia de medicina preventiva, se reforzó la inmunización contra las enfermedades transmisibles y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Para planear el crecimiento demográfico, se continuó con la política de Paternidad Responsable y se creó la Coordinación Nacional de Planificación Familiar para unificar esfuerzos, aunque no tubo el impacto deseado.

La tabla 5 muestra el comportamiento de algunos indicadores de salud que nos acercan a conocer cual fue el impacto de las políticas públicas de salud aplicadas y su continuidad, según los resultados obtenidos.

TABLA 5
INDICADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE JOSE LOPEZ PORTILLO PERIODO 1976-82

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD										
años	Mortali- dad general	variación porcen- tual	Mortali- dad -1 año	Varia- ción porcen- tual	Consultas externas c/ 1000 hab	tasa de creci- miento	variación porcen- tual	Morbili- dad egresos c/ 1000 hab	tasa de creci- miento	variación porcen- tual
1977	7.4	0.2	62.4	-2.20	1469.18	8.33	7.44	n.d.	n.d.	n.d.
1978	7.09	-0.31	60.2	-2.20	1512.64	2.96	-5.38	n.d.	n.d.	n.d.
1979	6.39	-0.7	57.9	-2.30	1622.28	7.25	4.29	n.d.	n.d.	n.d.
19780	6.35	-0.04	55.6	-2.30	1539.72	-5.09	-12.34	35.62	n.d.	n.d.
1981	6.5	0.15	53.0	-2.60	1367.06	-11.21	-6.12	37.20	4.44	n.d.
1982	6.2	-0.3	50.2	-2.80	1281.98	-6.22	4.99	40.10	7.80	3.36
tc/ var promedio	-3.47	-0.16	-4.25	-2.40	-2.69		-1.19	6.10		3.36

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

⁹⁷ 1er Informe de Gobierno que rindió ante la H Cámara de Diputados el presidente Constitucional José López Portillo, México 1º de Septiembre 1997, pp 47

La tasa de mortalidad general tuvo un valor promedio de 6.65 por ciento anual, con una tasa de crecimiento de -3.47% y una variación negativa en todo el periodo. Es decir, el número de personas muertas por cada mil habitantes fue disminuyendo cada vez de manera constante, lo cual fue un logro notable: así mismo, la mortalidad en los bebés menores de un año disminuyó a una tasa de crecimiento promedio de -4.25%, la mortalidad promedio en todo el sexenio en estos infantes fue 56.55, es decir, de cada 1000 nacidos vivos, se morían 56.5 bebés en promedio durante el sexenio. Se observa que la tasa de mortalidad infantil fue mayor tanto en el crecimiento promedio como en el número de muertes promedio, en comparación con la mortalidad general; con una diferencia entre ambas de casi un punto, pero una diferencia sustancial en el promedio de muertes, siendo en el adulto de 6.65% y la infantil de 56.55%; esto significa que tal diferencia fue de 50 puntos porcentuales. Tal desproporción se dio, como ya explicamos, porque la mortalidad infantil es un indicador mucho más sensible a los impactos de las políticas de salud tomadas y la continuidad en las mismas.

Las consultas externas otorgadas tuvieron una tasa de crecimiento promedio negativa en -2.7 por ciento anual con una variación promedio en -1.19 puntos porcentuales y una tendencia decreciente en todo el periodo: es decir, la atención en la cual el paciente tuvo oportunidad de acceder a ser diagnosticado oportunamente en alguna unidad médica, disminuyó en todo el sexenio; esto nos habla de haber reducido la oportunidad de acceso a una parte de los servicios de salud. Aunado a estos resultados, la morbilidad tuvo una tasa de crecimiento en 6.10 promedio, durante los tres años en que se encontró información. Es decir, los pacientes hospitalizados por enfermedad, con el fin de realizarles diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería, fue en aumento año con año; esto nos hace concluir que mientras disminuyeron los pacientes que tuvieron acceso a la consulta externa para su diagnóstico, control y tratamiento oportunos, fue, entre otros, un factor importante para que agravara sus padecimientos por falta de tal oportunidad.

En este periodo ya se observaba el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes laborales y de tránsito, las causas invalidantes y la reaparición en algunas regiones del mal del pinto, la oncocercosis y el dengue. Las carencias en la prestación de los servicios de asistencia social tuvieron lugar en los menores de 15 años, ancianos, minusválidos y en general, los grupos más vulnerables. Tales insuficiencias desembocaron en desnutrición, en aumento de la mortalidad de menores de 4 años, que en 1978 registró 31% de las defunciones totales del país,

así como el aumento de enfermedades infecciosas propias de un país en desarrollo (neumonías, influenza, diarrea), que continuaron estando en las primeras cinco causas de muerte.⁹⁸

Para brindar atención a la salud, bajo la seguridad social ampliada, por las fallas organizativas en sus entidades, se desarrollaron diferencias tecnológicas y de capacidad de prestación de servicios entre las distintas instituciones del sector, agudizadas posteriormente en las últimas décadas. Por otro lado, la diversidad de criterios en la configuración de los sistemas de planeación y administración se tradujo en heterogeneidad en la calidad de la cobertura, en los costos al prestar los servicios y en inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles. Adicionalmente, hubo muy poca participación comunitaria para dar soluciones a los problemas existentes, los servicios se centralizaron además de la insuficiente infraestructura sobre todo en el control sanitario, saneamiento del medio. Hubo débil coordinación entre las instituciones de salud y las educativas que repercutió en la formación del personal profesional de salud, porque no respondió plenamente a las necesidades de los servicios; la dependencia científica y tecnológica del exterior aumentó y fomentó un escaso desarrollo de la investigación en las áreas biomédicas y médico-sociales, así como carencia de criterios formales para haber elaborado indicadores que permitieran apreciar adecuadamente la efectividad de las acciones de salud e insuficiencia en los esquemas de salud presentados.⁹⁹ Es decir, este sexenio se caracterizó por acciones de salud desarticuladas, carentes de continuidad, denotando falta de coherencia en torno a un sistema Nacional de Salud, por no haber seguimiento en la mayoría de los programas.

⁹⁸ PODER EJECUTIVO FEDERAL "Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988", Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, mayo 1983, pp243

⁹⁹ Ibidem, pp 244

CAPITULO TRES

ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO
PERIODO 1982 - 2000 TRES SEXENIOS

En este capítulo se incluyeron los periodos presidenciales donde por vez primera, se presentó el Plan Nacional de Desarrollo al inicio de cada uno, y que no existió en los pasados gobiernos; esto se consideró un avance importante para la ejecución de las actividades desde una perspectiva de planeación formal, que contribuiría al mejor desempeño de los gobernantes, de los sectores productivos y no productivos, a una rendición de cuentas respecto de las metas y logros de forma mas objetiva según lo planeado. En lo tocante a la salud, incluida en el rubro de seguridad social, también se incluyeron formalmente los planes y propósitos del Sistema Nacional de Salud, lo cual hizo un punto de referencia muy importante para hacer evaluaciones concretas de su ejecución, según la política social y económica dictada en cada periodo, la continuidad de los planes en salud y finalmente, el impacto de tales ejecuciones en la salud de los mexicanos, según los indicadores considerados más significativos para su análisis y desarrollados en este trabajo de tesis.

3.1 EL SNS EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO
PERIODO 1982 a 1988

3.1.1 Política social

Al subir a la silla presidencial el Lic. Miguel De La Madrid, y dar sus lineamientos, estos se convirtieron en el Plan Nacional de Desarrollo, elaborados a través de una consulta popular realizada en 1981 y 1982; la política del Estado mexicano en ese periodo reafirmó la decisión de construir una democracia política, social y cultural independiente con transformaciones cualitativas para superar los obstáculos coyunturales de la crisis económica, lo cual conduciría a una nueva etapa de desarrollo, además de orientarse entre otras cuestiones, a mejorar la calidad de vida de la población, siendo su principal objetivo el ser humano a quien irían encaminados todos los beneficios del desarrollo.¹⁰⁰

3.1.2 Planeación del sistema de salud

La planeación del sistema Nacional de Salud fue amplia y del Plan Nacional de Desarrollo, se derivaron las condiciones fundamentales para las directrices básicas que fueron sistematizadas y

¹⁰⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL "Plan Nacional de Desarrollo 1983 1988" México, mayo 1983, pp. 33

desarrolladas en el Programa Nacional de Salud. En este foro de consulta popular para la planeación del sector, destacaron las carencias en materia de alimentación, vivienda y servicios sanitarios, así como la descoordinación e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Los objetivos generales del Sector Salud en este sexenio contribuyeron a elevar a rango constitucional el "Derecho a la protección de la salud" que tuvo las siguientes finalidades:

- > El bienestar físico y mental del hombre
- > La prolongación de la esperanza y mejoramiento de la calidad de vida
- > La protección y acrecentamiento de valores que coadyuvaran al mejoramiento de las condiciones de salud
- > El fomentar la actitud solidaria y responsable de la población en materia de salud
- > El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisficieran la necesidad de la población.
- > La capacitación para aprovechamiento y utilización de los servicios de salud
- > La enseñanza e investigación para la salud

Los propósitos perseguidos fueron:

- > Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud garantizando un mínimo razonable para todos los habitantes del país.
- > Mejorar el nivel de salud de la población, con énfasis en los grupos vulnerables
- > Contribuir a controlar el acelerado crecimiento demográfico según el desarrollo económico y social del país.
- > Promover la protección social para fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, menores, ancianos y minusválidos.¹⁰¹

Se reconoció que el mejoramiento sustancial del nivel de salud dependía de la complementariedad y articulación de las acciones de las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población.

Los lineamientos de la estrategia se basaron principalmente en:

- El impulso de las acciones preventivas para intentar contrarrestar la incidencia de enfermedades transmisibles y fortalecer las acciones que limitasen las no transmisibles.

¹⁰¹ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. Cit.* pp. 244.

- Reorganización y modernización de los servicios con integración del Sistema Nacional de Salud donde se articularía con programas sus actividades de las entidades del sector salud en una estructura de atención de tres niveles: el primero incluyó promoción de la salud y prevención de las enfermedades mediante acciones educativas y sanitarias; el segundo se refirió a la atención de problemas que ameritaran la intervención de los hospitales generales; y el tercero formado por las instituciones hospitalarias de especialidad.
- Consolidación del sistema Nacional de Salud por medio de integración programática, descentralización de las entidades federativas del primero y segundo niveles de atención y su fortalecimiento con infraestructura.
- Reorganización de la asistencia social mediante reorientación de su concepción y definición de esquemas básicos para mejorar su coordinación con los servicios públicos.
- Formación, capacitación e investigación de los recursos humanos fundamentalmente en las áreas biomédica, medico social y de servicios de salud.¹⁰²

Las líneas generales de acción se incluyen en este Plan Nacional de Desarrollo y redundan básicamente, en actividades de reforzamiento, e intensificación de los programas ya instalados en los tres niveles de atención, procurando mayor disponibilidad de todos los recursos sobre todo en los más desamparados¹⁰³. Así, para impulsar las acciones preventivas:

- > Se fortalecería la vigilancia epidemiológica y nutricional como base de prevención;
- > Continuar con acciones al combate de las enfermedades prevenibles por vacunación e intensificación de las demás destinadas al abatimiento de las demás enfermedades transmisibles;
- > Impulso de la detección temprana de la fiebre reumática, diabetes Mellitus, el cáncer cervico-uterino y mamario y la hipertensión arterial;
- > Proporcionar información para conocer los daños y riesgos a que se expone la población, medidas posibles de utilizar para evitar los daños y hacer énfasis en la responsabilidad que tiene cada individuo en el auto cuidado de su salud y los servicios existentes para protegerla;
- > Dar orientación nutricional y otorgar alimentación complementaria a los menores de cuatro años y a las mujeres en gestación o lactancia;
- > Prestar servicios de planificación familiar y de paternidad responsable

¹⁰² PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. Cit.* pp. 245, 246

¹⁰³ *Ibidem.*

➤ Intensificación de acciones dirigidas al control sanitario, y en coordinación con otros sectores en aspectos ecológicos que incidan en la salud, promover saneamiento del medio ambiente sobre todo en las zonas de mayor concentración demográfica, puertos, fronteras y centros turísticos.¹⁰⁴

Para garantizar la coordinación que desembocara en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, las acciones se encaminaron a:

- Establecimiento de mecanismos que aseguraran la coordinación entre las instituciones del sector salud y definición de criterios y normas generales;
- Reorganización de la administración de los servicios a la población abierta para no entorpecer su prestación oportuna;
- Impulso a la investigación realizada en las instituciones públicas y privadas y desarrollo de las orientadas a la producción nacional de fármacos, biológicos, prótesis, órtesis y en general equipó médico;
- Fortalecimiento de la coordinación de las instituciones educativas para que la formación de recursos humanos se adecuara a las características propias de los servicios, así como capacitación dentro de los mismos, procurando mayor productividad y distribución más racional del personal existente, sin lesionar sus derechos laborales.
- Fortalecimiento de las unidades de atención a la salud de 1er y 2do niveles.
- Racionalización del uso de capacidad física instalada y su mayor aprovechamiento
- Actualización del cuadro básico de medicamentos y el abastecimiento institucional, aprovechando el poder de compra de las instituciones del sector salud.
- Aumento de recursos humanos para la atención de la población no amparada por la seguridad social con financiamiento vía servicios y transferencias, que pudiesen aportar las instituciones de seguridad social y con contribuciones del sector privado y social.¹⁰⁵

Para mejorar la asistencia social las acciones se encaminaron al:

- Impulso de la protección social de los menores y ancianos en abandono, de los escolares, minusválidos y de la familia en general.

¹⁰⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. Cit.* pp. 246

¹⁰⁵ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. Cit.* pp. 247, 248.

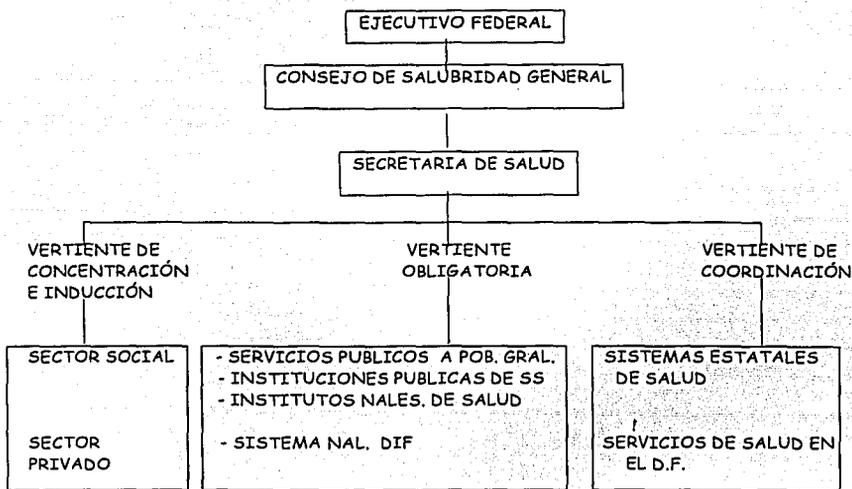
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Y Implante de mecanismos que permitieran a la federación convenir con los gobiernos de los estados y el concertar con los sectores privado y social, la población a proteger, los servicios a proporcionar y los recursos que aportararan las diversas partes para su sostenimiento.¹⁰⁶

En resumen, podemos decir que la política básica del Programa Nacional de Salud de este periodo redundó en "Mejorar el nivel de salud de la población, procurando la cobertura total de los servicios con calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos mas desfavorecidos, así como promoción de la protección social de los desamparados"

Para 1984, según la Ley general de Salud donde por primera ocasión se habló del Sistema Nacional de Salud, quedó conformado como sigue en la figura 1:

Figura 1
ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



FUENTES: - Kumate, J. Y Soberón, G. Salud para todos ¿utopía o realidad? México 1989.

- Programa Nacional de salud, Secretaría de Salud 1990-1994.

- Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación 1984.

¹⁰⁶ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La coordinación funcional de las instituciones que integraron el SNS fue una estrategia básica para lograr un cambio radical en la actitud de los directivos, y lograr una ejecución concreta de los programas compartidos y tener un avance sustancial en la coordinación intersectorial.

3.1.3 Política y análisis económico

La política social y la planeación de salud contrastaron con la economía de nuestro país, que requería para aprovechar el potencial de desarrollo en cualquier sector, corregir los problemas estructurales agudizados cada vez más, manifestados principalmente, en desequilibrios del aparato productivo y distributivo, insuficiencia del ahorro interno, que conseqüentaba a una escasez de divisas y, desigualdades en la distribución de los beneficios del desarrollo teniendo este, la centralización como punto medular. Tales problemas hicieron al país muy sensible a variaciones lo cual tuvo efectos considerables en la evolución interna.

Los graves desequilibrios económicos acumulados desde 1976, tuvieron efectos drásticos desde 1981 y en especial en 1982, donde el PIB decreció en términos reales mientras que la inflación alcanzó el 100%, que progresivamente siguió aumentando, lo cual no había sucedido simultáneamente en la economía nacional, y no permitieron ajustarse a fluctuaciones vividas. Así, para diciembre de 1982 el panorama fue desolador: se duplicó la tasa de desempleo al 8% con tendencia creciente de deterioro del mercado laboral; la producción se detuvo en varios sectores: agrícola, industrial y construcción, lo cual implicó el aumento de algunas exportaciones y decaimiento del producto; un número importante de empresas no pudo seguir operando por carecer de capital, de trabajo y de divisas para importar insumos, o hacer frente al servicio de su deuda, el ingreso nacional y el producto se contrajeron y el sistema financiero dejó de captar suficiente ahorro; el interno cayó en cerca de 3 puntos del producto, incluyendo la caída del ahorro externo; la disponibilidad de recursos se redujo 20 % para financiar la inversión; y el sector público, motivo de este análisis, registró por segundo año un déficit superior al 15% del producto y superior a la inversión. Es decir, los ingresos no alcanzaron a cubrir el gasto corriente y el peso relativo del servicio de la deuda era de 40 centavos por cada peso gastado. México estaba en virtual suspensión de pagos con el exterior.¹⁰⁷

Como era de suponerse las perspectivas y estrategias para equilibrar la economía, serían muy severas. La reordenación se instrumentó a través del Programa Inmediato de Reordenación

¹⁰⁷ Ibidem pp. 102

Económica, donde como primer punto incluyó la disminución de crecimiento de gasto público, a través de la austeridad, racionalizando su monto y ajustándolo a la capacidad de absorción económica y a la fortaleza del ahorro interno, con el objeto de preservar los servicios sociales entre otros más.¹⁰⁸ Tal estrategia también contrastó con la planeación y objetivos propuestos del sector salud, como se observa en la Tabla 1. El PIB real tuvo una tasa de crecimiento promedio de 2.91, pero en realidad tuvo un comportamiento muy irregular en todo el sexenio; de 1982 a 1983, su tasa de crecimiento anual fue en -8.27, en 1984 creció apenas .59 y, del año 1985 a 1986, también fue negativa en -13.29 anual.

TABLA 1
RECURSOS ECONOMICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO PERIODO 1982-1988

VARIABLES ECONÓMICAS								
Años	PIB real base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual	Gasto público en salud % del PIB	Tasa de crecimiento anual*	PIB per cápita en salud base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual
1983	10,396,249.35	3.64	-5.77	3.40	10.12	5.00	67.22	57.39
1984	9,537,093.92	-8.27	-11.91	2.80	-24.46	7.26	45.12	-22.09
1985	9,593,412.46	0.59	8.86	2.60	-6.59	10.88	49.86	4.74
1986	9,721,312.51	1.33	0.74	2.60	1.33	17.28	58.86	9.00
1987	8,429,331.42	-13.29	-14.62	2.60	-13.29	27.79	60.83	1.97
1988	8,967,581.14	6.39	19.68	2.20	-9.98	56.94	104.89	44.06
Tc/var promedio	2.91		-0.50	-8.33		62.66		15.84

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

* la tc se calculó con base en el monto del G Público en salud deflactado con año base 1993.

El comportamiento del PIB se reflejó en el Gasto público en salud; quien a pesar de mantener un monto promedio de 2.6 como porcentaje del PIB; Su tasa de crecimiento promedio anual fue de -8.33 y en los años que más decreció la tasa anualmente fue en 1983 con -24.46, en 1984 con -6.59, en 1986 con -13.29 y en 1987, con -9.98; en el mejor de los casos, tuvo un crecimiento de 10.12 para 1985. Es decir, a pesar de que el incremento promedio del PIB fue positivo en 2.9, el Gasto público en salud fue negativo en -8.3; mientras que el PIB fue negativo en 2 años, el Gasto Público en salud tuvo decrementos en 4 años, lo cual demuestra claramente que no se le dio prioridad a las

¹⁰⁸ Ibidem pp. 117

políticas de gasto social donde iba incluida la salud de los mexicanos, fue contrario a las palabras del presidente de "construir una democracia política y social donde su principal objetivo era el bienestar del ser humano".

A pesar de que el PIB per cápita en salud tuvo una tasa de crecimiento promedio anual de 62.6 en el mismo periodo, no alcanzó un monto mayor de 56.9 pesos por año, donde en 1983, tuvo la tasa de mayor decremento con -22.09 puntos porcentuales. Tal situación revela la calidad de atención que imperó en esa época si toda la población hubiese demandado atención a algún tipo de servicio de salud.

Una medida de austeridad establecida según los estatutos del Código Sanitario, fue que la responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y las diferentes dependencias y entidades que actuaban en el campo de la salud, coordinaran sus acciones para lograr un uso más racional de los recursos; pero esta medida no fue suficiente y el recorte de los recursos fue mucho más allá de un uso racional de los mismos. Así, el sector salud quedó integrado por las entidades agrupadas administrativamente y por los programas, funciones y servicios de salud de todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

La conclusión es que con este presupuesto, simplemente el Sistema Nacional de Salud, no se dio abasto a cubrir la demanda del total de los mexicanos; mucho menos, tener continuidad en todos los programas de salud a pesar de la jugosa y bien intencionada planeación de la impartición de servicios de salud, como vimos anteriormente, debido al recorte presupuestal aplicado por la crisis económica coyuntural que caracterizó los años ochentas también reflejado en algunos indicadores que mostraron los resultados de salud.

3.1.4 Resultados de salud

El presidente de la república, acordó en diciembre de 1982, que el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de las familias quedaría agrupado en el sector salud y en Enero de 1983 procedió a instalar el Gabinete de salud formado por el titular de Salubridad y Asistencia, y las Secretarías de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, así como por los Directores Generales del IMSS, ISSTE y DIF.

En 1983, el Presidente remitió al Congreso de la Unión, la iniciativa de Ley General de Salud, reglamentado en el párrafo 3 del artículo 4º constitucional. Esta ley definió también los campos de Salubridad General y además redistribuyó funciones entre la federación y las entidades

Federativas con ánimo descentralizador. La Constitución, y la ley general de salud depositaron en el Estado, la responsabilidad de garantizar el derecho a la protección de la salud, la cual debía ser extendida a todos los mexicanos. Una política de bienestar social que México asumió desde entonces como compromiso con la Organización Mundial de la Salud, fue garantizar el acceso a la Salud en el Año 2000. Para garantizar el acceso a los recursos de salud, la cobertura debía ampliarse. La tabla 2 muestra los recursos del Sistema Nacional de salud, donde la cobertura fue del 50.3 por ciento para todos los habitantes del país; es decir, solo la mitad de la población legal tenía acceso a los servicios de salud. Su tasa de crecimiento fue de 3.31 promedio en todo el periodo; lo que significó que solo el 3 por ciento de la población se logró anexar al acceso de la salubridad cada año, lo cual no fue un ritmo suficiente para alcanzar los objetivos propuestos. La variación porcentual entre un año y otro, tuvo un comportamiento regular, sin embargo fue negativa en 1982 con -2.11, y en 1986 con -2.35; es decir, decreció su número de afiliados a las diferentes instituciones de salud públicas. Hubo 14.16 unidades médicas disponibles por cada cien mil habitantes en todo el territorio nacional; es decir, cada clínica u hospital cubrió potencialmente la posible demanda de sus servicios para atender la salud de 7,062.14¹⁰⁹ habitantes que así lo requerirían.

TABLA 2
COBERTURA Y RECURSOS FISICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO PERIODO 1982-1988

COBERTURA Y RECURSOS FISICOS								
Años	Cober- tura del SNS	Variación porcen- tual	Unidades Médicas c/100 000 hab.	Tasa de crecimen- to	Variación porcen- tual	Camas censables c/100 000	Tasa de crecime- nto	Variación porcen- tual
1983	47.08	-2.11	14.36	9.06	-0.80	83.44	6.25	19.76
1984	46.78	-0.30	14.11	-1.76	-10.82	82.90	-0.66	-6.91
1985	50.12	3.34	13.79	-2.29	-0.53	81.20	-2.04	-1.39
1986	52.34	2.22	14.23	3.19	5.48	78.51	-3.31	-1.27
1987	49.99	-2.35	14.11	-0.79	-3.98	77.51	-1.28	2.03
1988	55.43	5.44	14.41	2.10	2.89	75.88	-2.10	-0.82
Tc/var promedi o	3.31	1.04	0.06		-1.29	-1.88		1.90

Fuente: Elaboración propia con base en datos de los boletines informativos de la SSA y estadísticas del INEGI DGEI, 1982-88

¹⁰⁹ Dato calculado resultante de dividir las unidades médicas promedio en el sexenio, entre cien mil habitantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tasa de crecimiento de las unidades médicas en el periodo fue de 0.06 promedio anual. Un porcentaje muy bajo para la creciente y continua demanda de salud del país. Su variación fue negativa en cuatro años y el más notorio fue en 1983 con un valor de -10.82 puntos porcentuales lo que significa que en comparación con la tasa de crecimiento demográfica, disminuyó en algunos años, la cual dio este efecto de reducción negativa, que junto con el recorte presupuestal implicó dejar de dar cobertura de los servicios de salud a población abierta quienes gracias a los programas eventuales, lograban acceder a atención médica. A fines de 1983, en el rubro de Población Abierta, con 38 millones de personas, la SSA cubría 13 millones y el programa IMSS-COPLAMAR atendía a otros 11 millones.

La oportunidad de acceder a las camas censables de los hospitales, osciló en un promedio de 79.9 camas por cada cien mil habitantes. Es decir, cada cama podía recibir si se requiriese, a 1,251¹¹⁰ personas anualmente; su tasa de crecimiento fue de -1.88 promedio anual en ese sexenio; es decir, disminuyeron año con año en vez de aumentar. En 1985 la tasa de crecimiento fue la más significativa por su disminución en -3.31 por ciento, debido también al temblor del 19 de septiembre de ese mismo año; el cual derribó parte importante de la infraestructura que daba servicios públicos de salud, como lo fue el Centro Médico Nacional siglo XXI del IMSS de la ciudad de México, y otros mas que resultaron dañados y no pudieron seguir operando; sin embargo continuaron en pie, motivo por el cual no dio el mismo efecto en los resultados de las unidades médicas. En contraste a este indicador, según el informe oficial del Programa Nacional de Salud 1983-1988¹¹¹, en el IMSS hubo una cama por cada 1000 habitantes, y en la atención a población abierta 0.6 camas por cada 1000 habitantes; datos que según los cálculos propios, sugieren que quizás no hubo honestidad en el informe final, o en su defecto, suspicacias en el cálculo y presentación del indicador. La misma situación se observa con la siguiente declaración del Presidente respecto de la cobertura, informó que "para 1988 el IMSS cubría ya, a casi 36 millones de mexicanos, que en promedio fue el 94% de la población"; cuando en ese año, el número de habitantes fue de 80,115,632 según el INEGI; así que esos 36 millones no correspondían al 94 por ciento del total de la población.

De esos 36 millones, informó que más de 7 millones eran asegurados permanentes; el ISSSTE dio atención a 7.7 millones y otras instituciones federales a 2 millones más; la población abierta fue

¹¹⁰ Dato calculado resultante de dividir las camas censables promedio en el sexenio, entre cien mil habitantes

atendida por la SSA en 18.3 millones de personas y otros 10.3 por el programa IMSS-COPLAMAR y la medicina privada prestó servicios a 3.3 millones.

En 13 mil comunidades rurales dispersas sin acceso a los servicios permanentes de salud, recibieron atención mínima básica de vacunación, educación para la salud y control de enfermedades epidemiológicas mediante personal auxiliar de salud. La Secretaría de Salud incrementó en 60% la capacidad instalada de atención primaria con 2,194 centros de salud remodelados y construidos en operación, junto con 37 unidades hospitalarias. Se puso en marcha el Programa de Mejoramiento de los servicios de Salud México-BID financiados por el organismo internacional y por el gobierno federal y permitió construir y equipar 366 centros de salud y 10 hospitales para beneficiar a 3.2 millones de personas sin acceso. El IMSS construyó 122 nuevas unidades de atención médica y el ISSSTE aumentó su capacidad en 239 unidades nuevas.¹¹² Sin embargo las crisis económicas de esos tiempos si afectaron seriamente la situación financiera y, por consiguiente, la capacidad operativa de la seguridad social en general a pesar de estos esfuerzos.

TABLA 3
RECURSOS HUMANOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO PERIODO 1982-1988

RECURSOS HUMANOS						
Años	Médicos c/100 000 hab.	Tasa de crecimiento	Variación porcentual	Enfermeras c/ 100 000 hab.	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1983	76.67	-7.93	-7.66	118.04	4.49	7.29
1984	77.06	0.52	8.45	122.14	3.48	-1.02
1985	77.17	0.14	-0.37	131.60	7.74	4.27
1986	81.08	5.06	4.92	141.54	7.55	-0.20
1987	83.17	2.58	-2.48	142.64	0.78	-6.77
1988	84.76	1.91	-0.66	150.20	5.30	4.52
Tc/var promed io	2.03		0.36	4.94		1.35

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Boletín SSA y Estadísticas históricas del INEGI DGEI

¹¹¹ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. Cit.* 149

¹¹² 6° Informe de Gobierno Complementario, Miguel de la Madrid Hurtado, presidencia de la República, México, Septiembre 1988 pp. 99

Otra parte importante del SNS fueron los recursos humanos; cálculos propios mostrados en la tabla 3; nos dicen que fueron 80 los médicos disponibles para cada cien mil habitantes, durante esos seis años; esto significa que a cada médico le correspondió una población de 1250 personas para atenderlas anualmente en promedio.

Su tasa de crecimiento fue de 2.03 promedio anual y en 1982, fue negativa en -7.93; también consecuencia del sismo del 17 de septiembre de ese año, donde gran número de ellos murió en los hospitales destruidos; así como del recorte presupuestal que disminuyó el número de plazas disponibles para emplear a los médicos y pasantes en las diversas instituciones públicas de salud.

El número de enfermeras promedio anual osciló en 139.4, por cada cien mil habitantes, y crecieron 4.94 por ciento promedio durante el sexenio; su variación fue de 1.35 puntos porcentuales promedio aunque tuvo un comportamiento irregular en cada año; es decir, no hubo uniformidad ni suficiencia del recurso humano debido a que fue negativa su variación en 4 y 3 años respectivamente, mientras que la población aumentó su demanda de atención a la salud dentro de las unidades de hospitalización. Miguel de la Madrid dio a conocer en su último informe de gobierno que un 70% de los recursos humanos, en promedio laboraba en los sistemas de Seguridad social y el 30% en Población Abierta; la relación Enfermeras y Médicos en la seguridad social era de 1.54 y en población abierta fue de 1.12.¹¹³ Sin embargo, según este programa, se estimó que en 1983, en 500 localidades existieron duplicidades entre las unidades de la SSA y los del programa IMSS-COPLAMAR, según su área de influencia. Además de que cada institución había utilizado diferentes indicadores para la programación, lo cual entorpeció la uniformidad en la normatividad de la atención médica, en perjuicio de una continuidad y coherencias básicas homogéneas de los servicios.

El ejecutivo Federal mediante decreto de 8 de Marzo de 1984, instruyó también como política de acción, en el programa de atención a la Población Abierta, IMSS-COPLAMAR, se descentralizara progresivamente para integrarse a un sistema estatal de salud flexible y eficiente.

Lo distintivo en esta etapa fue la política de articulación de esfuerzos dispersos, la racionalización en la asignación y uso de los recursos y el propósito rector de avanzar en la implantación de una sociedad más igualitaria en el ámbito de la salud.

A pesar de racionalizar los esfuerzos y las acciones encaminadas a la igualdad en la salubridad, el comportamiento de algunos indicadores no fue muy alentador. La tabla 4 nos muestra que la

¹¹³ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Op. cit.* 160

esperanza de vida al nacer se mantuvo en 68.8 años promedio, con una tasa de crecimiento media de 0.61, lo que significa que fue poco el incremento de los años de vida esperados al nacer. El mandatario de la Madrid, dijo que este indicador alcanzó los 69 años en el último año, y que significó un incremento de 4.3 años durante su gobierno.¹¹⁴ Pero según datos oficiales de la SSA contenidos en la tabla cuatro, el incremento fue de 2.10 años en todo el periodo. Sin embargo, todo el tiempo fue en aumento a un ritmo aunque lento, consistente. Otros efectos finales de salud en este periodo gubernamental, indicaron también que en 1986 se registraron 32 nacimientos por cada mil, resultado de la disminución de la tasa de fecundidad.

TABLA 4
INDICADORES DE SALUD EN MEXICO
PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO PERIODO 1982-1988

INDICADORES DE SALUD								
Años	Esperanza de Vida	Tasa de crecimiento	Mortalidad general	Mortalidad -1 año	Consultas Externas otorgadas c/1000 hab.	Tasa de crecimiento	Morbilidad egresos c/1000 hab.	Tasa de crecimiento
1983	67.72	0.47	5.80	47.20	1490.89	16.30	*41.90	4.49
1984	*68.30	0.86	5.70	44.30	1608.61	7.90	43.67	4.22
1985	*68.90	0.88	5.60	41.70	1653.33	2.78	55.14	26.26
1986	68.98	0.12	5.50	39.80	1639.99	-0.81	40.64	-26.29
1987	*69.40	0.61	5.20	38.50	1643.10	0.19	**31.26	-23.07
1988	69.82	0.61	5.20	37.60	1731.52	5.38	**27.23	-12.91
Tc/var promedio	0.61		-2.16	-4.45	10.05		# -1.01	

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Boletín SSA y Estadísticas históricas del INEGI DGEI

* Dato calculado con base en promedios del año anterior y posterior por no haber información oficial registrada en ese año en el INEGI y boletines de la SSA.

**Para 1986 y 1987 hay un sesgo de disminución ya que a SSA no presentó su registro de egresos hospitalarios; el indicador solo incluye las demás instituciones públicas de salud, menos la SSA.

La Tc de este indicador se calculó solo con los cuatro primeros años.

La mortalidad general se ubicó en alrededor de 5 por cada 1000 habitantes en todo el sexenio con una tasa de crecimiento promedio en -2.60 por ciento anual, es decir, también disminuyó año con año de manera consistente, pero con una distribución desigual de las cifras en las entidades

¹¹⁴ 6° Informe de Gobierno Complementario, Miguel de la Madrid Hurtado, presidencia de la República, México, Septiembre 1988 pp. 100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

federativas. En contraste, el presidente Miguel de la Madrid dijo en su 6° informe de gobierno, que "la tasa de mortalidad general descendió de 5,7 a 4,5 defunciones por cada mil habitantes"¹¹⁵ lo cual no coincide con las cifras oficiales ya mencionadas de la SSA. Además, el perfil epidemiológico refleja una transición importante: Las enfermedades del corazón, los accidentes, los tumores malignos, y las enfermedades cerebro vasculares aumentaron al 32,7%, estas patologías al ser crónicas degenerativas, aumentaron de facto la demanda de la atención de salud. En tanto las enfermedades infecciosas no obstante que continuaron ocupando un lugar importante entre algunos grupos y regiones del país, tuvieron un comportamiento descendente, ocupando el 4° lugar de la mortalidad general y representaron el 7,4% del total, con una tasa de 37,2 para cada cien mil habitantes; las enfermedades cardiovasculares se convirtieron en la principal causa de muerte con una tasa de 64,2 fallecidos por cada 100 mil habitantes.

La Diabetes Mellitus tuvo una tasa de 29,2 enfermos por este mal, y ocupó el 5° lugar entre las causas de muerte; la influenza y las neumonías se ubicaron en el 6° lugar, con 5,4 % de las defunciones con una tasa de 27 por 100 mil habitantes. Las afecciones perinatales fueron la 7ª causa con una tasa de 27 para cada cien mil, las enfermedades cerebro vasculares ocuparon el 8avo lugar y el 9o sitio lo ocupó la cirrosis hepática con una tasa de 20,2 por cada cien mil habitantes. La hipertensión arterial tuvo una elevada frecuencia y significativa participación condicionante o asociada de mortalidad en 39% donde la causa básica fue un padecimiento cerebro vascular y estuvo presente en el 14% de los males del corazón.

En 1988 se estimó que un 66% de la población vivía en zonas urbanas y 34% en el área rural, así como el 37,5% correspondía a menores de 15 años, lo cual influyó también a continuar con la notable transición epidemiológica y demográfica, e imperaba una reestructuración de todo el sistema de salud.¹¹⁶

La mortalidad en los menores de un año siguió siendo alta con un promedio de muertes de 41,5 por cada mil nacidos vivos en todo el sexenio; su tasa de crecimiento fue disminuyendo en -4,45, con distribución desigual en algunas regiones del país. Contrario a ello, el mandatario presidencial

¹¹⁵ 6° Informe de Gobierno Complementario op. Cit. pp. 100

¹¹⁶ Secretaría de Salud, "Programa Nacional de Salud" pp. 7

informó que "la mortalidad infantil disminuyó de 33 a 23 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados",¹¹⁷ lo que no es concordante con las estadísticas de la SSA.

Entre las causas principales, el primer lugar lo ocuparon las afecciones en el periodo perinatal seguidas por las enfermedades infecciosas intestinales. La influenza y las neumonías tuvieron una tasa de 4.4 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados.¹¹⁸

Las consultas externas de todas las especialidades sumaron en promedio 1,627.9 consultas otorgadas por cada 1000 habitantes; este dato puede dar falso resultado si se piensa que toda la población legal recibió 1.6 consultas en un año y de esta manera significaría que se cubrió la demanda de toda la población; pero la realidad es que si consideramos que solo el 50% de la población tuvo acceso a los servicios de salud; este indicador realmente nos quiere decir que de la población asegurada a alguna institución pública de salud, demandó los servicios de salud en 3 ocasiones en el lapso de un año seguramente porque se enfermó; es decir, no asistió por prevención de alguna patología ya que el modelo de salud a todas luces en nuestro país, es de corte curativo, por lo tanto, el fomento al primer nivel no fue la causa principal de la consulta externa. Aunado a ello, la morbilidad, también representada por el número de egresos hospitalarios, se mantuvo en 47.3¹¹⁹ egresos promedio por cada mil habitantes; y su tasa de crecimiento promedio se ubicó en -1.01 por ciento; es decir, disminuyó solo en 1 cada año.

Durante el sexenio, el presidente informó que se logró una cobertura de 90% de la población susceptible a la poliomielitis mediante el Programa Nacional de Vacunación, lo cual permitió la erradicación de esta enfermedad para 1990. La morbilidad por tosferina, difteria, sarampión y tuberculosis tubo una tendencia descendente que permitió alcanzar las tasas comprometidas en el Programa Nacional de Salud para 1988; junto con la repartición de más de 8 millones de sobres de suero oral que contribuyó a la disminución de mortalidad infantil por gastroenteritis.¹²⁰

¹¹⁷ 6º Informe de Gobierno Complementario Op. Cit. pp. 100.

¹¹⁸ Secretaría de Salud, "Programa Nacional de Salud" pp. 8 y 9

¹¹⁹ Para calcular esta cifra solo se tomaron en cuenta los primeros cuatro años del periodo, ya que en los últimos dos, la SSA, no reportó sus estadísticas por lo que en esos años, disminuyó el valor del indicador.

¹²⁰ 6º Informe de Gobierno Complementario Op. Cit. pp. 101

Entre otros logros, se creó el Centro Nacional de Información del SIDA y se apoyó la prevención y mecanismos de su detección; se proscribió la comercialización de la sangre y se aumentaron los apoyos de las instituciones internacionales para atender la demanda de personas infectadas. Se elaboró y produjo mayor material educativo y se creó el Centro de Documentación Regional de SIDA en intercambio con los países de Centroamérica y el Caribe.

Se descentralizaron los servicios de salud en 14 entidades federativas, que concentraban a la mitad de la población sin seguridad social para después disponer del 50% de los recursos e infraestructura; Los estados comenzaron a asumir la responsabilidad de operar los servicios, lo cual favoreció a tomar mejores soluciones. En la evaluación hecha en 1987 del proceso de descentralización, se aprobaron cuatro iniciativas de ley para regir a la zona de hospitales del DF, por la Ley Federal de Entidades Paraestatales, lo cual contribuyó a la modernización administrativa de descentralización. El IMSS modificó la reorganización de los servicios médicos de alta especialidad de mayor demanda para contribuir a desconcentrar la atención.¹²¹

3.2 EL SNS EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI PERIODO 1988-1994

3.2.1 Política social

Su política social se basó en asignar al gasto social la máxima prioridad en los presupuestos anuales de egresos de la Federación según las prioridades dadas a conocer por los demás niveles de gobierno, y que correspondieran a las necesidades básicas de la población, entre las que se incluía la salud.¹²² Sin embargo, con la política y entorno económico que a continuación se describe, no se tenía un sustento sólido para tener capacidad resolutive a las prioridades de salud.

Desde su inicio sexenal, el presidente Salinas planteó el cambio de Modernización del país basado en la apertura comercial en todos los sectores, con el objetivo de hacer frente a las nuevas realidades económicas y sociales. Modernizar el Estado, se consideró indispensable donde tendría menor participación en las gestiones de decisión.

El Plan Nacional de Desarrollo precisó tres acuerdos:

¹²¹ 6° Informe de Gobierno Complementario Op. Cit. pp. 104 y 105.

¹²² Plan Nacional de Desarrollo 1989, 1984, Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, Mayo 1989, pp. 100

Acuerdo para la ampliación de la democracia, Acuerdo para la Recuperación económica con estabilidad de precios; y Acuerdo para el mejoramiento productivo del nivel de vida donde se incluiría la atención a las demandas sociales prioritarias y entre ellas la salud.¹²³

3.2.2 La planeación del sector salud

En este sector el objetivo básico fue elevar la calidad de la atención primaria y la prevención pero sobre todo, responder a la demanda generalizada de mejor atención y amabilidad en el trato, principalmente a los que no tuvieran recursos. De manera amplia, la política de salubridad pretendió impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces equitativos y humanitarios para el mejoramiento del bienestar social con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno. Las estrategias serían por medio de cuatro acciones:

- + Mejoramiento la calidad del servicio.- mediante mayor cobertura, ampliación de turnos y actividades oportunas del personal de salud; la eficiencia y eficacia de las acciones médicas serían mejoradas a través de la educación médica continua con organización de comités de calidad, y la permanente evaluación de la operación del sistema.
- + Atenuación las desigualdades sociales.- con énfasis en la atención primaria a la salud en zonas marginadas, con mayor impulso a la cultura de prevención, autocuidado de la salud y desarrollo de acciones de fomento y protección coordinadas con las empresas; vigilancia epidemiológica y nutricional, análisis de información estadística para evaluaciones de eficacia de las acciones sanitarias en general; e impulso de la investigación biomédica y desarrollo tecnológico enfocado a la salubridad.
- + Descentralización, consolidación y coordinación de los servicios de salud.- mediante adecuación de un marco jurídico de la salud a las condiciones de apertura; también se consolidaría el sistema nacional de información sobre infraestructura, programas, productividad, control e impacto de los sistemas de salud; se haría una simplificación administrativa de todos los programas de salud y, mejora de la coordinación intersectorial para dar corresponsabilidad pertinente a los sectores involucrados en el cuidado de la salud; es decir, se fortalecerían los sistemas locales de salud, buscando aumentar su capacidad de gestión y de toma de decisiones.

¹²³ Plan Nacional de Desarrollo 1989, 1984 Op. Cit. pp. xiii

3.2.2.1 Programa Nacional de Salud 1990-1994

Tuvo como base el Plan Nacional de Desarrollo donde se mencionó la voluntad de continuar con algunas políticas planteadas anteriormente: consolidar los avances logrados, descentralizar, fortalecer los sistemas locales de salud favoreciendo el aumento de capacidad y gestión y de toma de decisiones. Otros objetivos derivados de tales políticas que pretendió alcanzar el PNS fueron la capacitación y desarrollo de los recursos humanos, dotar de suministros e insumos básicos, apoyo logístico, conservación y mantenimiento de instalaciones.

Sus líneas de acción se basaron en:

- Refuerzo del carácter normativo básico y de control del nivel central de la Secretaría de Salud, a través de los sistemas de programación, presupuestación, evaluación, control e información
- Racionalizar, tanto la regulación en materia sanitaria, como las estructuras centrales de la organización
- Homogeneización de la presentación de los servicios de salud en cada entidad federativa
- Descentralización de los recursos humanos, físicos, y financieros orientados a la prestación de los servicios de salud para la población abierta.
- Desconcentración paulatina del ejercicio de facultades que en materia de salubridad general corresponden a la Secretaría de Salud.
- Formulación y ejecución de programas que contribuyeran a fortalecer los procesos de desconcentración de los servicios que tiene a su cargo el IMSS e ISSSTE para lograr su integración a los sistemas estatales de salud.
- Ampliación y fortalecimiento en el corto plazo de la participación de los gobiernos estatales en la coordinación programática del sistema en la administración y operación de los servicios integrados de salud para la población abierta.

3.2.3 Política y análisis económico

Este periodo de modernización y apertura comercial fue la fase de pleno despliegue del modelo económico neoliberal, que arrancó del Pacto de Solidaridad Económica, decretado en diciembre de 1987 y se extendió hasta el colapso financiero y cambiario que estalló en diciembre de 1994; donde se asumió como prioridad central la estabilización de los precios usando como instrumentos principales la apertura comercial, la fijación y después la cuasi fijación del tipo de cambio que desembocó en la sobrevaluación de nuestra moneda; la eliminación del déficit fiscal a través de la

perseverante reducción de la inversión pública, de la privatización de las empresas paraestatales, y del persistente achicamiento y supresión de programas de fomento económico sectorial en 7.3 % del PIB. La liberalización acelerada de la inversión extranjera contrarrestó el efecto del creciente déficit de la cuenta corriente resultante de la política comercial y cambiaria comprando en el exterior mercancías para competir con las locales y presionar la inflación a la baja.¹²⁴

Con esta política económica el PIB per cápita solo creció 0.92% anual, el crecimiento del empleo fue nulo¹²⁵ y hubo deterioro de los salarios reales, con crecimiento vertical de los pasivos externos al 32.5% del PIB y, finalmente se dio el colapso financiero más grave de la historia mexicana producto de un enorme déficit comercial, lo cual vació las reservas del Banco Central orillando a las autoridades monetarias a la macro devaluación.¹²⁶

La tabla 1 muestra los recursos disponibles para ese periodo, con los que se pretendió ejecutar la política social de máxima preferencia en los presupuestos anuales según las prioridades que correspondieran también a las necesidades básicas de salud. Sin embargo, a continuación veremos que no se tuvo un sustento sólido para tener capacidad resolutive a las prioridades de salud.

El PIB tuvo una tasa de crecimiento promedio de 7.6 por ciento anual con una variación negativa de -0.36 puntos porcentuales promedio anual; es decir, imperó el decremento del PIB en todo el periodo. Las tasas de crecimiento anuales tuvieron un comportamiento irregular, sin embargo, fueron positivas durante los últimos cinco años.

Este crecimiento no se vio reflejado en el Gasto público en salud; ya que mientras la tasa de crecimiento promedio del PIB fue de 7.26 por ciento anual, la tasa de Gasto de salud fue de -0.78 por ciento promedio anual, es decir, disminuyó en todo el sexenio, además de que su monto en promedio fue de 2.42 como porcentaje del PIB y su variación solo alcanzó 0.05 puntos porcentuales promedio anual ubicándola en una variación muy pequeña.

El PIB per cápita en salud tuvo un monto promedio de 236.08 pesos anuales para toda la población del país; esta cantidad fue insuficiente para el costo de la atención integral de un individuo, a pesar

¹²⁴ Calva José Luis, "La estrategia Neoliberal en México y sus efectos en la dinámica Agrícola" 1996, pp. 117 y 118.

¹²⁵ Entre 1989 y 1994 solo se crearon 1.5 millones de empleos remunerados pero cada año ingresaron a los mercados laborales 1.2 millones demandantes de él.

¹²⁶ Calva Op. Cit. pp. 118.

TABLA I
RECURSOS ECONOMICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI PERIODO 1988-1994

VARIABLES ECONÓMICAS								
Años	PIB real base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual	Gasto Público en salud % del PIB	Variación porcentual anual	PIB per cápita en salud base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual
1989	8,846,697.58	-1.35	-7.73	2.60	0.40	133.97	135.29	30.40
1990	9,918,166.69	12.11	13.46	2.70	0.10	180.17	34.48	-100.81
1991	10,655,436.81	7.43	-4.68	2.00	-0.70	176.58	-1.99	-36.48
1992	11,545,509.84	8.35	0.92	2.30	0.30	256.38	45.19	47.19
1993	12,051,273.02	4.38	-3.97	2.40	0.10	312.32	21.82	-23.38
1994	12,561,959.70	4.24	-0.14	2.50	0.10	357.06	14.33	-7.49
tc/var promedio	7.26		-0.36	-0.78	0.05	21.66		-15.09

Fuente: elaboración propia con base en datos de la SSA, e INEGI.

de que su tasa de crecimiento promedio fue de 21.66 por ciento anual, pero hubo irregularidad en el periodo ya que de 1988 a 1989, tuvo una variación decreciente de -100.81 puntos porcentuales, y solamente en 1991 fue positiva tal variación con 47.19 puntos porcentuales.

Estos tres montos, nos hablan de que fue desacorde el crecimiento del PIB con relación al Gasto público en salud, reflejado también en su PIB per cápita; ya que si hubo crecimiento en el PIB, con una política de Gasto social para beneficio de toda la población, se hubiese reflejado en el aumento a la par de estos montos. Estos resultados nos muestran que la planeación de salud, no pudo haberse ejecutado en su totalidad, puesto que de entrada, el presupuesto no lo permitió. Sin embargo, El presidente Salinas dijo al final de su mandato que: "En el sexenio, el gasto público en salud y seguridad social se incrementó en 81% en términos reales, 4.1 del PIB, es decir el doble que en 1988" pero la realidad fue que las políticas económica y social fueron restrictivas, y en contraste, el sector salud se planeó muy extensamente y los resultados no fueron los esperados.

3.2.4 Resultados del sector salud

La cobertura del SNS fue en promedio del 56.32 por ciento del total de la población mexicana. Es decir, solo un poco mas de la mitad de los habitantes del país, estuvieron afiliados a alguna institución de salud para recibir algún tipo de atención médica si lo requiriese. Su tasa de crecimiento promedió fue de -0.17 por ciento anual durante el mandato del presidente Salinas; y su variación también fue negativa en -0.12 puntos porcentuales promedio. Esto quiere decir que la

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cobertura, en vez de aumentar, o en su defecto, mantenerse, disminuyó a sus afiliados en esos seis años.

En el primer informe de actividades rendido en 1989, se hizo mención a los esfuerzos realizados por las instituciones de salud en pro de elevar la calidad, ampliar la cobertura y planificación familiar a los medios rurales.

TABLA 2
COBERTURA Y RECURSOS FISICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI PERIODO 1988-1994

COBERTURA Y RECURSOS FISICOS								
Años	Cobertura del SNS	Variación porcentual	Unidades Médicas c/100 000 hab.	Tasa de crecimiento	Variación porcentual	Camas censables c/100 000	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1989	55.21	-0.22	14.93	3.64	1.55	74.33	-2.04	0.06
1990	57.40	2.18	15.55	4.15	0.51	75.00	0.90	2.94
1991	57.71	0.31	15.85	1.93	-2.22	75.84	1.13	0.23
1992	57.45	-0.25	16.29	2.75	0.82	79.84	5.28	4.15
1993	55.45	-2.00	16.41	0.73	-2.02	82.78	3.68	-1.59
1994	54.73	-0.72	16.44	0.17	-0.57	82.64	-0.18	-3.86
Tc/var promedio	-0.17	-0.12	1.94		-0.32	2.14		0.32

Fuente: Cálculos propios con base en datos de las estadísticas históricas del INEGI DGEI y del boletín informativo de la SSA

La cobertura se desglosó como sigue: El IMSS daba ya servicio a 36 millones de personas, 10 millones en zonas rurales, el ISSSTE a siete millones de trabajadores;¹²⁷ y para finalizar este periodo presidencial, en 1994 entre ambas instituciones alcanzaron de 45 millones de derechohabientes formales e informales,¹²⁸ 4% más que en el año inicial.

En este mismo lapso, la población usuaria aumentó 2 millones más. El ISSSTE amplió su cobertura 21.6% y su incremento de usuarios fue de 1.6% en el mismo sexenio.

¹²⁷ Primer informe de gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari ante el H Congreso de la Unión, 1989, pp.

46

¹²⁸ 6° informe de gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari ante el H Congreso de la Unión, 1994, pp. 99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1
COBERTURA POTENCIAL Y POBLACION USUARIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD NACIONAL POR INSTITUCIÓN 1988-1994
(Millones de personas)

COBERTURA POR INSTITUCION	Año 1988	Año 1994	CRECIMIENTO	
			Abs.	TMCA
Cobertura potencial				
SSA	18.3	28.6	10.3	7.8
IMSS Solidaridad	10.0	10.9	0.9	1.6
IMSS	35.1	36.5	1.4	0.7
ISSSTE	7.4	9.0	1.6	3.5
Población usuaria				
SSA	13.1	16.4	3.3	3.8
IMSS Solidaridad	10.0	10.9	0.9	1.6
IMSS	23.1	25.1	2.0	1.4
ISSSTE	5.0	6.6	1.6	4.7

Fuente: "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 349, y SSA.

Fue destacable la labor de la SSA quien amplió en seis años su cobertura potencial en 56.3% más que en 1988, su población usuaria se incrementó 25%; a diferencia del programa IMSS Solidaridad, que no tuvo casi ningún aumento en parte por las crisis económicas y las restricciones presupuestarias y, por la dispersión de las localidades rurales.

Las Unidades Médicas a las cuales la población tuvo acceso, tuvieron una tasa de crecimiento de 1.94 por ciento promedio anual; fueron de 15 a 16 el número de unidades con las que se contó para recibir los servicios de salud por cada cien mil habitantes; lo que equivalió a que cada clínica u hospital pudo haber atendido a 6,250 personas; Además de la notoria insuficiencia del recurso físico, su variación fue negativa en -0.32 puntos porcentuales promedio en el periodo. Es decir, disminuyó su crecimiento año con año.

Se contó con 78.4 camas censables en promedio para cada cien mil habitantes, esto significa que cada cama pudo atender una demanda de 1,275.5 pacientes; su tasa de crecimiento fue de 2.14 por ciento anual durante el sexenio y su variación fue de 0.32 puntos porcentuales promedio; es decir, durante ese gobierno el indicador creció muy poco y fue insuficiente.

Con las adquisiciones consolidadas de material y medicamentos sujetos a licitación se generó un ahorro significativo, pero la restricción se vio reflejada en la carencia de insumos para operar en la atención directa a los pacientes que demandaron el servicio en las unidades hospitalarias,

contradiendo la intención de mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, se logró ampliar la infraestructura con 88 nuevos hospitales de especialidades y generales, y más de 2300 clínicas de primer nivel al término de ese gobierno presidencial.¹²⁹

Como se observa en el cuadro 2, en este período, la SSA construyó 146 centros de salud, 65 hospitales generales y 10 de especialidad con 4 745 camas censables, entre otras unidades. Se reequiparon 78 unidades de 1er nivel y se adquirió equipo complementario de tecnología avanzada para el diagnóstico y tratamiento en 178 unidades médicas en los tres niveles de atención.

IMSS Solidaridad puso en operación 1054 unidades médica rurales y 13 hospitales rurales que en conjunto representó un 50% de incremento en infraestructura del programa aunque invirtió en zonas donde ya existían servicios, y no donde no había acceso; El IMSS inauguró 150 unidades médicas e iniciaron servicio seis hospitales de alta especialidad; se pusieron en funcionamiento 124 unidades de medicina familiar, 20 hospitales con 1414 camas censables. El ISSSTE amplió su infraestructura con 160 unidades médicas, 141 de primer nivel y 19 clínicas hospital de 2° nivel.¹³⁰

CUADRO 2
INFRAESTRUCTURA MÉDICA NACIONAL 1989-1994

CONCEPTO	UNIDADES CONSTRUIDAS 1989-1994	UNIDADES EXISTENTES EN 1994 (estimadas)
Unidades Médicas de 1er nivel		
SSA	146	7120
IMSS-Solidaridad	1054	3426
IMSS	124	1498
ISSSTE	141	1083
Unidades médicas de 2° nivel		
SSA	65	246
IMSS-Solidaridad	18	64
IMSS	20	227
ISSSTE	19	84

Fuente: "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 350, y SSA.

¹²⁹ 6° informe de gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari ante el H Congreso de la Unión, 1994 pp. 61

¹³⁰ "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 350

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En esta etapa se distingue el interés de seguir con la política de descentralización de los servicios de salud a partir de 1987, sin embargo, como se plantean las estrategias de acción solo se logró "fortalecer" los estados descentralizados, de esta forma, la continuidad en la política planteada de descentralizar los servicios, no se logró culminar. No obstante, la secretaria de Salud y el IMSS Solidaridad en áreas vulnerables, alcanzaron una cobertura de 39.5 millones de habitantes con 11.2 millones mas que al inicio.¹³¹

La tabla tres nos muestra el comportamiento de algunos indicadores de los recursos humanos con que contó el SNS. Hubo 92.21 médicos para cada cien mil habitantes en el sexenio; esto muestra que cada médico prestó sus servicios a 1,084.5 pacientes potenciales durante un año. La tasa de crecimiento promedio de este recurso fue de 1.75 por ciento anual; en 1990 y 1993, su variación fue negativa con -4.88 y -6.65 puntos porcentuales respectivamente; y en promedio, la tasa de crecimiento promedio anual varió -0.17 puntos porcentuales en los seis años. Esto significó que fue escaso e inconstante el aumento de este recurso.

TABLA 3
RECURSOS HUMANOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI PERIODO 1988-1994

RECURSOS HUMANOS						
Años	Médicos c/100 000 hab.	Tasa de crecimie nto	Variación porcentual	Enferme -ras c/ 100 000 hab.	Tasa de crecimie nto	Variación porcentual
1989	88.56	4.49	2.58	154.68	2.98	-2.32
1990	88.22	-0.39	-4.88	155.63	0.62	-2.36
1991	88.98	0.86	1.25	156.95	0.85	0.23
1992	95.28	7.08	6.22	164.31	4.69	3.84
1993	95.69	0.43	-6.65	165.78	0.90	-3.79
1994	96.57	0.92	0.49	166.84	0.64	-0.26
Tc/var prom edio	1.75		-0.17	1.53		-0.78

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Boletín SSA y Estadísticas históricas del INEGI DGEI

¹³¹ 6° Informe de Gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari al H Congreso de la Unión, pp. 46

Por cada cien mil habitantes, se contó con 160.7 enfermeras, es decir, este personal atendió potencialmente a 622.3 pacientes que lo requirieran.

Su tasa de crecimiento fue de 1.53 promedio anual durante el mandato de Salinas, y su variación promedio fue negativa en -0.78 puntos porcentuales. Es decir, al igual que los médicos, tuvo un crecimiento insuficiente.

CUADRO 3
PRINCIPALES SERVICIOS Y RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
1988 1994

Concepto	1988	1994	Crecimiento Absoluto,	TMCA
Personal médico	64 049	80 398	16 349	3.9
Total de Consultas externas	130.5	153.4	22.9	2.7
Intervenciones quirúrgicas	1.4	2.2	0.8	7.8
Egresos hospitalarios	2.8	3.5	0.7	3.8
Personal médico por cada 1000 habitantes	0.8	0.9	0.1	1.9
Enfermeras por cada 1000 habitantes	1.4	1.6	0.1	1.5
Porcentaje de ocupación hospitalaria	65.1	69.4	4.3	1.1

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 351

En 1994, ambos indicadores tuvieron su mayor tasa de crecimiento: para los médicos fue de 7.8 anual y para las enfermeras de 4.7 anual.

En contraste, en su último informe de Gobierno, el presidente Salinas dio a conocer las siguientes cifras. El siguiente cuadro nos muestra que el personal médico por cada mil habitantes, asumió una tasa media de crecimiento anual de 1.9 por ciento, dato mayor con el calculado en este trabajo de tesis, por 0.2 por ciento; es decir, dijo se incorporaron más de 27 mil médicos y más de 34 mil enfermeras.

Sí se coincide en la tasa media de crecimiento anual de las enfermeras, que en ambos casos fue de 1.5, y por último, por cada mil habitantes, el presidente informó que hubo casi un médico (0.9) por esos mil, mientras que los cálculos propios dicen que a un médico le tocaron 1,084.5; es decir, 85 pacientes más por cada mil.

La modernización del Sistema Nacional de salud, se respaldó en el fomento de la cultura de prevención y protección orientada a la corresponsabilidad de la propia salud, sustentado en el

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

fortalecimiento de las acciones de primer nivel de atención.¹³² Hubo tres programas primordiales: De salud escolar, de salud municipal y, apoyo a programas prioritarios, orientados a modificar conductas nocivas de los individuos así como en su relación con el medio que los rodea. Tales conductas fueron y son indispensables para prevenir enfermedades sin embargo, el impacto de la transición epidemiológica y la deficiencia del sistema de salud se reflejaron en el estado de salud de la población.

La tabla cuatro muestra los niveles de esperanza de vida al nacimiento y fueron en promedio de 71.23 años; ya al final del sexenio, llegó a 68.7 años para el hombre y a 74.6 para la mujer; tuvo una tasa de crecimiento de 0.59 por ciento que si bien fue poco el logro, las tasas de crecimiento anuales fueron en los seis años, positivas.

TABLA 4
INDICADORES DE SALUD EN MEXICO
PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI PERIODO 1988-1994

INDICADORES DE SALUD								
Años	Esperanza de Vida	Tasa de crecimiento	Mortalidad general	Mortalidad -1 año	Consultas Externas otorgadas c/1000 hab.	Tasa de crecimiento	Morbilidad egresos c/1000 hab.	Tasa de crecimiento
1989	70.20	0.54	5.10	36.90	1754.46	1.33	23.69	-13.00
1990	70.50	0.43	5.20	38.70	1739.22	-0.87	37.72	59.23
1991	70.80	0.43	5.10	36.60	1741.27	0.12	39.53	4.80
1992	71.60	1.13	4.80	34.10	1742.94	0.10	41.07	3.90
1993	72.00	0.56	4.70	33.20	1789.01	2.64	43.73	6.47
1994	72.30	0.42	4.70	32.30	1877.57	4.95	43.85	0.27
Tc/var promedio	0.59		-1.62	-2.63	1.37		13.10	

Fuente: elaboración propia con base en datos del boletín de la SSA, DGEI y estadísticas históricas del INEGI

La tasa de mortalidad general se ubicó en promedio en 4.93 por cada mil habitantes y logró ser de 5.2 en 1988, a 4.7 defunciones por mil habitantes en 1994 con un decremento promedio en -1.62.

La mortalidad en los menores de un año fue de 35.3 promedio por cada mil nacidos vivos registrados, es decir, disminuyó 25% promedio. Su tasa de crecimiento promedio fue de -2.6 por

¹³² "Informe de Ejecución 1989" Op. cit., pp. 99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ciento, es decir, fue menor que la mortalidad general en un punto; sin embargo su tasa promedio siguió siendo alta.

De 1990 a 1994, la mortalidad general por diarreas bajó 58% a pesar de haber experimentado una reducción de 9.3 a 3.2%; por infecciones respiratorias agudas la disminución fue de 20.8% para todas las edades y de 34% para los menores de 5 años¹³³; sin embargo, se observó una ascendente morbilidad por la misma causa¹³⁴, lo cual reflejó también, desnutrición y falta de acceso a los servicios de salud en grupos vulnerables. Las entidades federativas mostraron un panorama heterogéneo, íntimamente relacionado con los niveles de desarrollo dispares prevacientes.

También, el cambio de la mortalidad fue heterogéneo en todo el país, y sus principales causas en orden de creciente por número de casos fue: Enfermedades del corazón, accidentes, envenenamientos y violencia; enfermedades respiratorias, morbilidad perinatal, y, enfermedades infecciosas.¹³⁵

Cálculos propios nos indican que las consultas externas tuvieron una tasa de crecimiento anual promedio de 1.37 por ciento y anualmente tuvieron un crecimiento irregular. Al respecto; el presidente Salinas en su último informe presidencial mencionó que "Entre 1990 y 1994, se incrementaron algunos servicios de atención médica: se otorgaron 109.9 millones de consultas externas generales, 11.5 % más que al inicio del periodo; las consultas de urgencia proporcionadas se incrementaron 16.9%, los servicios de hospitalización generaron 26.7% mas egresos de pacientes", sin embargo, el hecho de haber aumentado tales prestaciones, no implicó necesariamente mejora en la atención, más bien fue mantener el estilo del sistema de salud curativo, donde no se observaron cambios sustanciales. Nuestros cálculos de la morbilidad medida en egresos hospitalarios, alcanzaron una tasa de crecimiento promedio del 13.1 en todo el sexenio; y el mandatario aseveró en su informe que "el aumento de los egresos hospitalarios significó mayor eficiencia del SNS" pero, al igual que el indicador consultas externas, también significó un aumento en la morbilidad y demanda de hospitalización debido a los cambios de la pirámide de población y la transición epidemiológica, en el que las enfermedades crónico-degenerativas imperaron mayor atención y mayores costos: es decir, en mayor o menor medida, la población empeoró en general su estado de salud, y además, reflejó la ineficiencia del fortalecimiento del primer nivel de atención,

¹³³ Poder Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000" México 1994, pp. 9.

¹³⁴ "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 355

¹³⁵ "Informe de Ejecución 1994" Op. Cit. pp. 401

donde, como ya se mencionó, se imparte la promoción a la salud y la prevención de enfermedades el cual debió de ser eficaz para lograr disminución de la morbilidad.

Algunos factores que tuvieron peso en el aumento de la morbilidad fueron: la fragilidad de los cercos sanitarios en las fronteras que no pudo evitar el ingreso del cólera al país, lo cual puso en evidencia la ineficiencia del sistema de salud así mismo para control y tratamiento de tal enfermedad diarreica en el las zonas rurales donde ésta se presentó, también por el desabasto de tratamientos, oportunidad de acceso a las unidades de atención, e inclusive de personal de salud suficiente; sin embargo, se controló y redujo el problema del cólera ya para finales de sexenio. El SIDA igualmente golpeó con mayor fuerza su crecimiento de número de casos a pesar de la difusión de medidas preventivas y para 1992 ya era una de las primeras causas de mortalidad masculina de entre los 25 a 34 años de edad.

Sin embargo, también hubo algunos logros derivados del esfuerzo y acciones del SNS: en ese mismo año, el índice de fecundidad se redujo a 2.9 y el ritmo de crecimiento de la población disminuyó a 1.9% anual en 1993.¹³⁶ Para 1991 resaltó el hecho de que por más de un año no hubo reincidencia de ningún caso de poliomielitis y disminuyeron el sarampión y la tosferina en 96% y 84% respectivamente.¹³⁷ Al término de Gobierno, mediante el programa de vacunación universal se lograron coberturas hasta de 93% en menores de 5 años, y continuó erradicada la poliomielitis y la difteria y otras afecciones redujeron su incidencia al nivel mas bajo de la historia sanitaria del país.

CUADRO 4
COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL GRUPO DE 1 A 4 AÑOS 1990 -1994

Biológico	1990 (%)	1994 (%)
Esquemas completos	46.0	92.1
SABIN	73.1	94.7
DPT(difteria tosferina y tétanos)	60.1	94.3
Antisarampión	85.4	93.3
BCG (Antituberculosa)	73.6	97.2

FUENTE: Elaboración propia con base en el "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, pp. 353

¹³⁶ 5º informe de Gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari al H Congreso de la Unión, 1992 pp. 60

¹³⁷ Tercer informe de Gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari ante el H Congreso de la Unión, 1990, pp41

El paludismo se redujo en 95% y se redujo en 67% la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años, con relación a 1988. Los días nacionales de Vacunación iniciados desde 1986 se mantuvieron en 18 fases hasta 1994 y sumaron aproximadamente 195 millones de dosis.

Este es uno de los mejores logros en salud donde se le proporcionó a la población infantil un paquete integral de vacunas, además se intensificó la aplicación de toxoide tetánico a las mujeres en edades fértiles y embarazadas. En 1992, el Comité Nacional de Certificación de Vacunación Universal corroboró las cifras de cobertura más altas para todos los biológicos, lo cual permitió cubrir con el compromiso mundial establecido de por lo menos un nivel de cobertura de inmunización del 90% de los niños menores de 5 años; y en 1991 se certificó la erradicación del virus de la poliomielitis.¹³⁸

El desincentivo del empleo formal provocó en ese sexenio, un limitado crecimiento de la seguridad social al IMSS, no obstante, del crecimiento económico logrado. Así mismo, prevalecieron importantes desigualdades regionales manifestadas en altas tasas de enfermedades infectocontagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y reproducción. La falta de prevención y promoción a la salud reproductiva y las practicas sexuales poco seguras constituyeron nuevos factores de riesgo, así como los cambios en los estilos de vida que se tradujeron en el aumento de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones. A esta difícil situación epidemiológica se le añadió la transición demográfica causada por la reducción de las tasas de mortalidad infantil, la planificación familiar y la prevención de algunas enfermedades, donde la consecuencia fue el crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada, que paradójicamente, se vinculó con los problemas de salud más costosos de atender, de larga evolución y difícil prevención,¹³⁹ y fue una de las causas para que la consulta de especialidad aumentara en 33% y se practicaran exámenes de laboratorio en 54% veces más.

El sexenio concluyó con alrededor de diez millones de personas carentes de acceso regular a los servicios de salud y con grupos en condiciones mínimas de salubridad e higiene.

¹³⁸ "Informe de Ejecución 1994" Op. Cit. pp. 354

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 EL SNS EN EL MANDATO DEL PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN PERIODO 1994-2000

3.3.1 Política social

El objetivo general de la política social del Plan Nacional de Desarrollo, consistió en propiciar y extender las oportunidades de superación individual y comunitaria en el aspecto material y cultural con equidad, justicia y pleno empleo ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. Tal política contribuiría a lograr mayor justicia social con la superación de rezagos, corrigiendo las imperfecciones del mercado, impulso al empleo y mejor distribución del ingreso para disminuir la desigualdad económica.¹⁴⁰ Mediante cinco estrategias se llevaría a cabo:

- > Con la ampliación de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios básicos: esto implicaba inversión en capital humano: se planeó una cruzada nacional para ampliación de la cobertura y elevación de la calidad de los servicios de educación, salud y vivienda como condición de desarrollo social integral. En salud, se hace el compromiso de mejorar el servicio y calidad mediante la reestructuración de las instituciones y ampliación de la cobertura con el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, además del estímulo de la vocación de servicio de los trabajadores quienes tuvieran a su cuidado la salud.¹⁴¹
- > Armonización del crecimiento y la distribución territorial de la población;
- > promoción del desarrollo equilibrado de las regiones,
- > Privilegio en la atención de grupos más vulnerables; y
- > La construcción de una política integral de desarrollo social orientada por los principios del nuevo federalismo.¹⁴²

3.3.2 La planeación del sector salud

En el Programa de Reforma del Sector Salud, se plasmaron los cambios a los cuales se sujetaría el sistema de salud en México. La pronta transformación de la población en su estructura por edad encaminada al envejecimiento, resultante de los cambios del nivel de fecundidad, mortalidad y esperanza de vida, conllevó a enfrentar ya desde entonces los inicios del aumento de la demanda de los servicios de salud de mayor costo, debido a que la mayoría de las patologías por atender en el

¹³⁹ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Ernesto Zedillo Ponce de León, apartado Desarrollo Social, pp. 93

¹⁴⁰ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Op. Cit. pp. 83

¹⁴¹ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Op. Cit. pp. 92

¹⁴² "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Op. Cit. pp. 84

grueso de la población eran ya de tipo no transmisible, aunado a que continuaba la enfatización de los aspectos curativos de los servicios de salud. Estas situaciones, junto con otras dificultades, fueron el motivo principal para la reforma, imponiendo un reto muy grande por cubrir. Los principales problemas de salud por solucionar, se enumeraron como sigue:

*Insuficiente calidad y limitada eficiencia en las instituciones del sector, por la ausencia de incentivos intrínsecos, así como la limitada capacitación de los trabajadores y deficiente organización administrativa.

*Segmentación de la atención por grupos e insuficiente coordinación donde se había empalmado la cobertura a la vez de existir carencia de atención en otros.

*Centralismo en las instituciones de salud limitante para la eficiencia en la operación respecto de: hacia donde debían dirigirse los recursos, definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo que entorpeció las acciones y los procesos, e inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados.

*Cobertura insuficiente calculada en 10 millones de mexicanos ubicada en zonas rurales dispersas y en cinturones peri-urbanos marginados donde los criterios y utilización de los instrumentos fueron aislados e insuficientes.¹⁴³

La reforma incluyó, según los principales problemas detectados, lo siguiente con el objetivo de modernizarlo y hacerlo más eficiente:

- Poner mayor énfasis en las acciones preventivas, como la vacunación oportuna.
- Crear incentivos y establecer instrumentos para promover la prestación de servicios de salud con mayor calidad y eficiencia.
- Expansión del empleo formal y en consecuencia de la pertenencia al esquema de cobertura pública
- Orientación decidida de estrategias a la atención hacia esos 10 millones de personas sin cobertura facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal
- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta y en las entidades federativas aún centralizadas.¹⁴⁴

¹⁴³ Poder Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000" México 1994, pp. 10, 11 y 13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.2.1 Lineamientos de la Reforma de Salud

4.- Uno de los objetivos centrales de la Reforma fue el incrementar la participación del gobierno en el financiamiento del ramo de salud de la seguridad social y permitir menores cuotas para los trabajadores de la economía formal e informal y los patronos. Con ello, los usuarios en general con capacidad de cotizar tendrían al alcance un medio para su incorporación, mediante la afiliación voluntaria y, se contempló también, la creación del seguro social para la familia.

4.- La descentralización se lograría con una definición mas clara de metas y responsabilidades a través del replanteamiento de los sistemas de evaluación, seguimiento de la efectividad de las políticas de salud, y mediante la descentralización de los recursos federales a través de la SSA e IMSS Solidaridad.

4.- La participación municipal en la salud mediante la organización de grupos de personas y organismos no gubernamentales, sería una herramienta básica en el mantenimiento de la salud colectiva.

4.- Para la ampliación de la cobertura a los 10 millones de habitantes, la estrategia fue "el paquete básico de servicios" definido como un conjunto esencial de 12 intervenciones sencillas de salud pública y de promoción a la salud, factibles de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, para ayudar a combatir las principales causas de muerte y enfermedad de dichos grupos marginados; a saber son:

- o Saneamiento básico a escala familiar: desinfección de agua domiciliaria, disposición sanitaria de excretas en el ámbito domiciliario, educación para la salud.
- o Planificación familiar: distribución de métodos a la población en riesgo, educación para la salud
- o Atención prenatal de parto y puerperio
- o Vigilancia de nutrición y crecimiento infantil a menores de 5 años, capacitación de madres, seguimiento.
- o Inmunizaciones: identificación de susceptibles, derivación, ministración, educación para la salud.

¹⁴⁴ Ibidem pp. 14

- o Manejo de casos de diarrea en el hogar: distribución de VSO¹⁴⁵, capacitación de madres, tratamiento en caso necesario.
- o Tratamiento antiparasitario familiar y educación para la salud.
- o Manejo de infecciones respiratorias agudas.
- o Prevención y control de tuberculosis pulmonar.
- o Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus: detección, tratamiento supervisado, Educación para la Salud.
- o Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones: otorgamiento de primeros auxilios, Ed/ Salud
- o Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud¹⁴⁶

También se elaboró una lista de cuadro básico de medicamentos. A estas actividades se dio una sistematización operativa donde el Consejo Nacional de Salud desagregó las intervenciones. Los recursos humanos, físicos insumos y recursos económicos destinados al paquete básico fueron los mismos ya instalados en el Sistema de salud a través de las instituciones. Es decir, no se agregó mayor presupuesto para llevarse a cabo, a pesar de que se planeó como sigue:

*Para el primer año se realizó trimestralmente la etapa de implementación y la otra de operación. La primera incluía la elaboración de documentos de ejecución presupuestal y formulación de los programas operativos, capacitación de personal y diseño de instrumentos de difusión del paquete. En el 2º trimestre se adquirirían los insumos del paquete para implantar el sistema y contratar al personal correspondiente operativo, de asesoría etc.

Para la etapa de operación serían los segundos dos trimestres y depurar el proyecto de presupuestación y programación para 1997.

*El seguimiento y la evaluación del paquete se planeó en la operación mediante el porcentaje de cumplimiento de las metas de cada intervención, y otra parte en el impacto mediante la ampliación de la cobertura de los diversos servicios, mediante el uso de indicadores generales, con equipos centinelas de supervisión.

¹⁴⁵ Vida Suero Oral

4.-Se encaminaron esfuerzos hacia una nueva organización del modelo de sistema de salud, en donde el nivel de ingresos hiciera posible introducir el mencionado pago anticipado a menores cuotas, y con ello ampliar la seguridad social. Se pretendió mayor interacción con el mercado de seguros médicos en conjunción con la misión redistributiva del Estado, y continuar trabajando en la descentralización e integración de los servicios de salud. En suma, el paquete básico, sería el eje estratégico.¹⁴⁷

Las líneas programáticas prioritarias para contender el reto epidemiológico de la mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, el reto demográfico de envejecimiento de la población, y el reto social de demanda económica y de cobertura: quedaron enmarcadas en siete programas básicos:

1. Programa de Promoción y Fomento a la salud: con salud familiar, ejercicio, y nutrición para la salud. Programa de salud infantil y escolar: con prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación, de las enfermedades diarreicas, de infecciones respiratorias agudas, salud en la escuela.
2. Programa de salud reproductiva: con planificación familiar, salud reproductiva en los adolescentes, salud de la madre y del recién nacido, disminución del riesgo preconcepcional, detección y control de cánceres cervicouterino y mamario, de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.
3. Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana: con detección y control de la hipertensión arterial, de la Diabetes Mellitus.
4. Otros Programas: salud mental, salud ambiental, saneamiento básico y apoyo municipal, cuidado del ambiente y participación comunitaria, educación, capacitación e investigación, programa de prevención de accidentes y lesiones, de salud bucodental.
5. Desarrollo de recursos humanos
6. Investigación en salud.¹⁴⁸

Todos los programas de salud pública, de atención médica, de fomento sanitario y de Sistemas básicos de información, se manejaron como acciones esenciales de salud, para garantizar la provisión de un grupo de intervenciones irreductibles con presupuestos que deberían ser

¹⁴⁶ Poder Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000" México 1994 Anexa B pp. 74, 75, y 76

¹⁴⁷ Poder Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000" México 1994 pp. 19 y 20

¹⁴⁸ Ibidem pp. 27 a 62

claramente identificables, que serían modificados según el logro de mejoras en los indicadores de salud y las condiciones económicas del país lo permitieran.¹⁴⁹

3.3.3 Política y análisis económico

El objetivo de la política económica de Zedillo fue promover un crecimiento económico vigoroso y sustentable a favor del bienestar social; se estimó que para absorber la demanda de empleo se debían tener tasas sostenidas de crecimiento económico superiores al 5 % anual y, para ello, la inversión total debía exceder anualmente el 24% del PIB y su financiamiento debía ser de manera que el ahorro externo fuera un sano complemento y no un sustituto del ahorro nacional el cual se comprometía a aumentar significativamente.¹⁵⁰ Las líneas de estrategia propuestas fueron hacer del ahorro interno la base fundamental del financiamiento del desarrollo nacional y asignar un papel complementario al ahorro externo: establecimiento de condiciones que propiciasen estabilidad y certidumbre, uso eficiente de los recursos, formular una política ambiental que hiciera sustentable el crecimiento económico y, aplicación de políticas sectoriales pertinentes.¹⁵¹ Sin embargo, debido al insuficiente crecimiento económico, el desempleo y la baja productividad era difícil aplicar las estrategias para lograr el crecimiento sostenido, pues ya desde 1993, era muy ilustrativo el inadecuado manejo de la política económica, cuando el ingreso de ahorro externo fue equivalente a casi 7% del PIB y el crecimiento del Producto solo de 0.6%. Se tubo además, el panorama de la crisis financiera del error de diciembre de 1994, con aumento sin precedente del déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos, aunado al cambio estructural y sobrevaluación del tipo de cambio real del peso respecto a las monedas de nuestros principales socios comerciales.¹⁵²

La tabla 1 muestra los recursos económicos para el SNS; el PIB real asumió una tasa de crecimiento de 3.49 promedio durante el mandato de Zedillo, las tasas de crecimiento anuales fueron inconstantes en los seis años y en 1996 fue negativa en -7.41; es decir, disminuyó el monto del PIB. La variación porcentual promedio se ubicó en 0.22; es decir, la distancia de crecimiento entre uno y otro año, fue poco significativa. En contraste, el Gasto Público en salud tuvo una tasa de crecimiento promedio de -4.36, y osciló su monto en 2.01 por ciento promedio como porcentaje del PIB, aunque se observa que fue disminuyendo año con año, siendo en un inicio de 2.50, caer hasta el

¹⁴⁹ Ibidem pp. 65

¹⁵⁰ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Ernesto Zedillo Ponce de León, apartado Crecimiento Económico, pp.130

¹⁵¹ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" *Op. Cit.* pp. 139

¹⁵² "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" *Op. Cit.* pp. 133.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.7% y apenas recuperarse en 2 por ciento en el año 2000. Es decir, a pesar de que el PIB logró con esfuerzos crecer al 3.5, el presupuesto asignado al gasto en la salud no fue prioridad del Gobierno, como lo indicó su política social de dar prioridad a la seguridad social y a los mas desfavorecidos y mds específicamente en la salud, donde se pretendió ampliar la cobertura y elevar el nivel de salud de los mexicanos.

TABLA 1
RECURSOS ECONOMICOS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON PERIODO 1994-2000

Años	VARIABLES ECONÓMICAS							
	PIB real base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual	Gasto publico en salud % del PIB	Variación porcentual anual	PIB per cápita en salud base 1993 (pesos)	Tasa de crecimiento anual	Variación porcentual anual
1995	13,202,874.43	5.10	0.86	2.50	0.00	397.38	11.29	-3.03
1996	12,225,004.85	-7.41	-12.51	2.30	-0.20	464.42	16.87	5.58
1997	13,151,410.13	7.58	14.98	1.70	-0.60	464.60	0.04	-16.83
1998	14,675,927.51	11.59	4.01	1.70	0.00	575.39	23.85	23.81
1999	14,843,657.89	1.14	-10.45	1.90	0.20	767.60	33.41	9.56
2000	15,670,989.61	5.57	4.43	2.00	0.10	950.13	23.78	-9.63
Tc/var promedio	3.49	3.93	0.22	-4.36	-0.08	19.05	18.21	1.58

Fuente: elaboración propia, con base en datos del boletín de la SSA, DGEI estadísticas históricas del INEGI.

Los pagos a la deuda externa siguieron consumiendo gran parte del ingreso nacional, así como la inadecuada planeación de la asignación de los recursos, corrupción y otros factores mas que influyeron en tener este resultado.

El PIB real per cápita en salud, mantuvo una tasa de crecimiento de 19.05 puntos promedio, pero su monto que alcanzó en promedio 603.25 pesos, seguía sin ser suficiente para cubrir los gastos derivados de la demanda de los servicios de salud del cien por ciento de los habitantes del país. Además de que en 1997 tanto su tasa de crecimiento de 0.04, y su variación porcentual ubicada en -16.83, fueron las mas bajas del sexenio, lo que nos habla de la inconsistencia en la planeación del Gasto en salud y de la inconstancia que hubo para recibir las acciones de salubridad y gozar de los beneficios del sistema de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.4 Resultados del sector salud

La tabla 2 señala que la cobertura del SNS fue del 54.52 por ciento en promedio del total de la población; esto significa que poco menos de la mitad de los habitantes del país, no tuvo acceso a los servicios del SNS. Su tasa de crecimiento promedio alcanzó el 2.04 por ciento anual y en 1995 y 1996 presentó variaciones negativas en -1.35 y -3.21 puntos porcentuales respectivamente; es decir, en ese periodo la cobertura disminuyó significativamente, y se deduce fue consecuencia de las disminuciones del PIB y del Gasto público en salud en esos mismos años.

TABLA 2
COBERTURA Y RECURSOS FISICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON PERIODO 1994-2000

COBERTURA Y RECURSOS FISICOS								
Años	Cobertura del SNS	Variación porcentual	Unidades Médicas c/100 000 hab.	Tasa de crecimiento n-to	Variación porcentual	Camas censables c/100 000	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1995	53.37	-1.35	16.69	1.56	1.39	83.63	1.21	1.38
1996	50.17	-3.21	17.03	2.04	0.49	84.09	0.54	-0.66
1997	52.83	2.66	17.45	2.47	0.43	81.94	-2.55	-3.09
1998	54.76	1.93	16.81	-3.70	-6.17	73.30	-10.55	-8.00
1999	56.97	2.21	18.50	10.06	13.76	80.01	9.17	19.72
2000	59.05	2.08	18.98	2.61	-7.45	80.05	0.04	-9.13
Tc/var promedio	2.04	0.72	2.61	2.51	0.41	-0.87	-0.36	0.04

Fuente: elaboración propia con base en datos del boletín de la SSA, DGEI estadísticas históricas del INEGI.

Pese a ello el sexenio finalizó con un 6% más de la población asegurada y sumó un total de 59.05 %. Con respecto al avance de las estrategias del PND y el Programa de Reforma del Sector Salud¹⁵³, el presidente Zedillo dijo haber ampliado la cobertura hacia las localidades con mayores índices de marginación a través de los programas PABSS (paquete básico de los servicios de salud), PAC (programa de ampliación de cobertura) y PROGRESA¹⁵⁴ de educación salud y alimentación; a estos programas se integraron el PAZI (programa de apoyo a zonas indígenas), y el PCE (programa de cirugía extramuros). El dato fue impreciso, solo mencionó en su informe de ejecución que al término

¹⁵³ referentes a cobertura, descentralización, mejora de la calidad y modernización del sistema de salud

de su administración presidencial esperaba cubrir el 99.5% de los 10 millones de personas con rezago al inicio del sexenio. Sin embargo, como se observó anteriormente, la cobertura no alcanzó ni el sesenta por ciento del total de la población.

La OMS/OPS, evaluó la cobertura¹⁵⁵ en 12 entidades federativas del país y recibieron la certificación sumándose a otras 16 que se certificaron en 1999. Sin embargo, Guerrero, Oaxaca y Chiapas no lograron la regularización de los servicios y no se certificaron.¹⁵⁶

Para garantizar la continuidad de las políticas de salud implementadas en el primer nivel de atención, se dio certeza a las 7,330 plazas del personal operativo de los programas PAC y PROGRESA, no obstante, lograr continuidad implicaba mucho más que solo recursos humanos, involucra otra serie de aristas como ingreso, control de gastos, eficiencia, eficacia y otras, que si bien estuvieron presentes en ambos programas, el impacto no se reflejó en los indicadores de morbi-mortalidad general de algunos padecimientos y fue heterogéneo su comportamiento.

Para dar continuidad al PAZI fue necesario transferirle presupuesto para seguir otorgando el paquete básico de salud a 780 mil personas de los cuales 300 mil eran indígenas y se prestó atención a 35 681 niños.¹⁵⁷ El PCE en esta administración, realizó 37 a 40 mil intervenciones quirúrgicas con participación de múltiples instituciones así como de la iniciativa privada y de Telmex, aunque no cubrió la demanda total.

Para otorgar los servicios de salud las unidades médicas sostuvieron una tasa de crecimiento promedio de 2.61 por ciento anual en todo el sexenio, y solo en 1988 su variación fue negativa en -3.70 puntos porcentuales; tuvieron una media de 17.56 nosocomios por cada cien mil habitantes en el sexenio; lo que significa que cada clínica u hospital potencialmente pudo haber atendido a 5694.7 pacientes por año; se tuvieron 1202 unidades: 1096 de primer nivel, 95 de segundo y 11 de tercer nivel de atención. Entre estas últimas estuvo el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE ya remodelado.

154 PROGRESA incluía: el Paquete básico de salud, reforzamiento alimentario-nutricional por medio de la dotación de suplemento alimenticio a grupos de riesgo, embarazadas y en lactancia; y, favorecer y promover el autocuidado de la salud entre familias por medio de pláticas de educación para la salud, a partir de 1997.

155 Cobertura medida en términos de la resultante de la oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren el acceso a los servicios de salud de buena calidad, correspondientes a las necesidades y características geodemográficas, étnicas, sociodemográficas, culturales y ambientales de una población, cumpliendo con los 40 indicadores propuestos los cuales revisan infraestructura, procesos y registros, y medición de la opinión de los prestadores y usuarios de los servicios.

156 "Informe de labores 1999-2000" Secretaría de Salud, septiembre 2000, pp. 19

157 La atención incluyó problemas de nutrición, de agudeza visual y auditiva, caries dental, trastornos posturales, enfermedades de la piel e infectocontagiosas; Ibidem pp. 22

Las camas censables no tuvieron crecimiento positivo; ya que disminuyeron en -0.87 por ciento anual en todo el periodo con relación al total de la población del país. Se ubicaron en 80.5 camas censables por cada cien mil habitantes, donde cada una pudo haber recibido a 1242 pacientes en un año. Además de haber tenido variaciones negativas en 1996 con -0.66, 1997 con -3.09, 1998 con -8.0 y en el 2000 con -9.13 puntos porcentuales, lo que implicó una tendencia de disminución del recurso en este mandato presidencial.

Esta cantidad, nos habla de la alarmante demanda de atención a los recursos físicos de hospitalización que fue muy factible sucediera también por la transición epidemiológica que enfrentaba ya la población; donde las enfermedades crónico degenerativas surtieron sus efectos y con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica¹⁵⁸, se pretendió desarrollar una cultura de calidad entre los prestadores de servicios médicos para utilizar con mayor certeza los servicios de salud, sin embargo, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las demandas por deficiencia en la calidad de atención, no cesaron, por el contrario, los derechohabientes las aumentaron, a pesar de las evaluaciones hechas a 856 unidades medicas 4,206 prestadores de servicios, y más de 17 mil usuarios. Los resultados de tales evaluaciones no se incluyeron en el informe, lo cual no demuestra que la calidad se haya elevado, aunque el programa en cuestión se implantó en 8 estados de la república mexicana.

La tabla 3 indica que los médicos en contacto directo con el paciente, crecieron en promedio 4.05 por ciento y su crecimiento anual fue disminuyendo cada año al comenzar en 7.2 y concluir con -2.82 por ciento de decremento. El número promedio de estos médicos durante el sexenio fluctuó en 112 profesionales para cada cien mil habitantes, lo que significó haber brindado atención a 892 posibles pacientes tanto en la consulta externa, o en hospitalización.

Las enfermeras fueron en promedio 176.84 para cada cien mil habitantes por año; es decir, cada una pudo haber prestado sus servicios a 565.48 pacientes potenciales en cualquiera de los tres niveles de atención; con una tasa de crecimiento promedio de 2.34 por ciento anual en todo el periodo; y solo en 1996 y 1997 tuvieron variaciones negativas de crecimiento poco significativas.

¹⁵⁸ Las acciones que incluyó el programa fueron la correcta elaboración del expediente clínico, la disminución de los tiempos de espera en consulta externa y la mejoría del sistema de referencia y contrarreferencia, además de acciones para mejorar la suficiencia, calidad y oportunidad de los insumos en las unidades médicas.

TABLA 3
 RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN PERIODO 1994-2000

RECURSOS HUMANOS						
Años	Médicos c/100,000 hab.	Tasa de crecimiento	Variación porcentual	Enfermeras c/ 100 000 hab.	Tasa de crecimiento	Variación porcentual
1995	97.50	0.96	0.04	169.94	1.86	1.22
1996	104.51	7.20	6.24	171.44	0.88	-0.98
1997	112.21	7.36	0.16	172.79	0.79	-0.09
1998	116.85	4.14	-3.22	174.74	1.13	0.34
1999	122.36	4.71	0.57	181.37	3.80	2.67
2000	118.90	-2.82	-7.54	190.78	5.18	1.39
Tc/var promedi o	4.05		-0.62	2.34		0.76

Fuente: elaboración propia con base en datos del boletín de la SSA, DGET estadísticas históricas del INEGI.

En este mandato presidencial, ambos recursos humanos no estuvieron tan saturados en el número de población potencialmente asignada para brindar atención para la salud.

Respecto de la descentralización de los servicios, se fortaleció parcialmente con la coordinación y comunicación permanente entre la Federación, los estados y Municipios. En el periodo 1996-2000, los servicios de salud se otorgaron en cada entidad a través de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD's) quienes desarrollaron su actividad de manera autónoma con plena decisión de sus prioridades y de la forma de cómo ejercer sus recursos con el objetivo de optimización de los mismos y evitar duplicidades.¹⁵⁹ El Consejo Nacional de Salud creado en enero de 1995, constituyó el foro principal de concertación y consejo para planear, evaluar y programar las acciones de descentralización. En sus reuniones se establecieron 207 acuerdos de alto impacto donde, conforme al objetivo de esta tesis destacaron: el establecimiento de criterios para certificación de cobertura Universal de los Servicios de Salud a Población Abierta con acceso al paquete básico de salud e intervenciones de bajo costo y alto impacto; acciones para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades y reorganización de la subsecretaría y otras de corte administrativo, operativo, legislativo y de insumos.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Informe de labores 1999-2000 Secretaría de Salud septiembre 2000 pp. 26

¹⁶⁰ Informe de labores 1999-2000 op. Cit. pp. 30

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

De los indicadores demográficos más relevantes, cálculos propios en la tabla 4 muestran la esperanza de vida al nacer, su tasa de crecimiento promedio fue de 0.65 y tuvo una variación porcentual negativa en los últimos cuatro años,¹⁶¹ con un crecimiento del indicador de 2.4 de inicio a fin del sexenio. En contraste, el presidente Zedillo informó que la EV alcanzó 75.3 años, con una ganancia de 1.7 desde 1995¹⁶²; es decir, el informe oficial fue, dispar pero menor al mostrado en la tabla anterior.

INDICADORES DE SALUD EN MEXICO
PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON PERIODO 1994-2000

INDICADORES DE SALUD									
Años	Esperanza de Vida	Tasa de crecimiento	Mortalidad general	Mortalidad -1 año	Consultas Externas otorgadas c/1000 hab.	Tasa de crecimiento	Morbilidad egresos c/1000 hab.	Tasa de crecimiento	
1995	72.60	0.41	4.70	31.40	1998.56	6.44	45.50	3.78	
1996	*73.60	1.38	4.70	30.50	2115.81	5.87	45.61	0.23	
1997	74.00	0.54	4.70	29.30	2052.22	-3.01	46.91	2.85	
1998	74.30	0.41	4.60	28.10	2113.66	2.99	49.33	5.17	
1999	74.70	0.54	4.60	26.90	2272.17	7.50	+43.41	-12.02	
2000	75.00	0.40	4.50	25.90	2399.36	5.60	+44.49	2.50	
Tc/var promedio	0.65		-0.87	-3.78	3.72		-0.45		

Fuente: elaboración propia con base en datos del boletín de la SSA, DGEI estadísticas históricas del INEGI.

*La EV se calculó en 1996, con base en el año anterior y posterior, por no haber datos oficiales en la SSA e INEGI

- Los egresos hospitalarios difirieron en las estadísticas de la SSA e INEGI, por lo que se tomó en cuenta el valor mas reciente de la SSA.

Sin embargo, en ambas mediciones, el crecimiento del indicador fue regular. Y la natalidad se redujo 14% al pasar de 25.1 al 21.7 nacimientos por cada 1000 habitantes.

La mortalidad permaneció en 4.6 defunciones por cada mil con un decremento en el indicador de -0.87, lo que significó mejoría; pero las enfermedades crónico-degenerativas continuaron aumentando su participación en las principales causas de muerte; en orden de importancia persistieron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes Mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado; que en conjunto, fueron responsables del 52% del total de defunciones con tendencia ascendente, a excepción de los accidentes.¹⁶³

¹⁶¹ Ver cuadro resumen en anexos donde se muestra la variación porcentual de este sexenio

¹⁶² Informe de labores 1999-2000" Secretaría de Salud pp. 12

¹⁶³ Ibidem

La mortalidad de menores de un año no presentó cambios significativos y tuvo un decremento promedio en -3.75 permaneciendo en 28.68 muertes por cada mil nacidos vivos; en contraste con el informe final del sexenio donde se expresó se cerró con una tasa de 15.1 defunciones por cada 1000.; las tasas mas altas se observaron en 1998 en puebla Tlaxcala y el DF, donde el proceso de transición epidemiológica se hizo presente y las afecciones perinatales tuvieron el primer lugar como causa de muerte, seguidas por las malformaciones congénitas, quienes desplazaron a las enfermedades infecciosas, gastrointestinales, respiratorias e influenza. En conjunto, representaron el 82.5% de las defunciones registradas para 1999.

Las consultas externas otorgadas crecieron a un ritmo promedio de 3.7 en todo el sexenio para cada mil habitantes.

La morbilidad mostró disminución en su tasa de crecimiento promedio de medio punto, sin embargo, durante el sexenio, este indicador fue alto y presentó deficiencia en la presentación de los índices y prevalencias de las diferentes causas, debido a que el sistema de información epidemiológico, para ese año, solo recolectaba información de algunas de ellas. Tal situación, necesariamente tuvo impacto en una deficiente planeación de las actividades preventivas y curativas, ya que no es posible combatir y controlar lo no visible. Solo se tuvo información de enfermedades como la hipertensión arterial, donde el número de casos nuevos se incrementó a una tasa de 246.5% anual por cada cien mil habitantes. La Diabetes mellitus tuvo un comportamiento parecido con una tasa de crecimiento anual de 155% por cada cien mil y en 1998 alcanzó una tasa de 350% por cada cien mil habitantes.¹⁶⁴

Al igual que el sexenio anterior, gracias a la cobertura del casi 97% del esquema básico de vacunación para menores de 5 años, la disminución de morbilidad por poliomielitis y difteria continuó en nulidad, por sarampión y tosferina fue de 1 caso por cada cien mil menores de 5 años y la morbilidad por tétanos bajó hasta 0.12 por ciento por cada cien mil habitantes.

Las metas por vacunación continuaron como el mejor logro del sistema de salud.¹⁶⁵ El mandato del presidente Zedillo concluyó sin haber llegado finalmente al cumplimiento del compromiso social e internacional planteado d "salud para todos en el año 2000", este resultado sintetiza muy bien la deficiencia del SNS en su operación y logros.

¹⁶⁴ Ibidem PP 14

¹⁶⁵ Ibidem pp. 13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APENDICE AL CAPITULO TRES:

PROPUESTA DE MEDICION DE LA CONTINUIDAD DE LAS POLÍTICAS DE SALUD: UN ENFOQUE ECONOMÉTRICO.

La econometría puede aplicarse para refutar o afirmar hipótesis en el tema de salud relacionados con la teoría económica; a pesar de que aquella, es considerada para tales aplicaciones, es necesario tener mas elementos científicos con el propósito de poder justificar su aplicación en este trabajo de tesis.

3.3.1.- Fundamento teórico

La econometría es una ciencia social en la cual los instrumentos de la teoría económica, las matemáticas y la inferencia estadística se aplican al análisis de los fenómenos económicos.¹⁶⁶ La teoría económica hace afirmaciones o formula hipótesis principalmente cualitativas y la econometría da el contenido empírico a la mayoría de las teorías económicas. Los datos estadísticos constituyen la materia prima del trabajo econométrico.¹⁶⁷ Según su metodología, contiene " u " que representa un término de error que es una variable aleatoria estocástica y que representan todas aquellas fuerzas que afectan a la variable dependiente pero que no se tienen en cuenta de manera explicita al formular una ecuación. Con relación a lo anterior, la salud en México, depende de un número muy amplio de factores los cuales es difícil representar en una sola ecuación aunque tenga diversas variables; sin embargo, puede mostrar correlaciones concretas, donde la obtención de estimaciones o valores numéricos de los parámetros del modelo a partir de los datos disponibles, le darán contenido empírico a la teoría económica.

La refutación o confirmación de las teorías económicas, basándose en la evidencia empírica se fundamentará en la prueba de hipótesis. Los modelos econométricos ya estimados pueden predecir el valor futuro de la variable dependiente con base en valores conocidos o esperados en el futuro para la variable explicatoria.

Para efectos de este trabajo de tesis se usara la econometría teórica a quien le concierne el desarrollo de métodos apropiados para medir relaciones económicas determinadas por modelos econométricos; donde el apoyo fundamental es el método de mínimos cuadrados.¹⁶⁸ La econometría hace análisis de regresiones; es decir de la dependencia estadística entre variables aleatorias o

¹⁶⁶ Arthur S Goldberger, *Econometric Theory*, Jhon Wiley & Sons, Inc.; New York, 1964, pp. 1

¹⁶⁷ Gujarati Damodar "Econometría básica" Ed Mc Graw Hill, México 1981, pp. XVII y XVIII.

¹⁶⁸ Gujarati Damodar *Op. Cit.* pp. X y XI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estocásticas¹⁶⁹ que tienen distribuciones de probabilidad. Así; el análisis de una regresión trata de la dependencia de una variable dependiente, en una o más variables explicatorias con el objeto de estimar o predecir la media o valor promedio poblacional de la primera, con base en los valores conocidos o fijados de las segundas.¹⁷⁰

El análisis de correlación mide la fuerza o grado de asociación lineal entre dos variables.

La econometría en su modalidad de estimación uniecuacional, incluye en su aplicación las ciencias sociales y naturales entre las que se encuentra la teoría económica del sector salud e historia económica donde tal estimación es en la actualidad muy comúnmente usada.¹⁷¹ El área de la teoría económica del sector salud, incluye a grosso modo, el estudio de asignación de recursos para proporcionar servicios médicos, y ha venido desarrollando un enfoque cuantitativo el cual se ha concentrado en la estimación econométrica de ciertas interrelaciones fundamentales. Entre las más importantes están las funciones de demanda de servicios médicos y las curvas de costo para hospitales. La intención de estos estudios parcialmente ha sido la determinación de los efectos de variables incluidas en funciones de demanda de precio e ingreso en y de los SS; no obstante, un objetivo adicional es hacer estimaciones de los efectos de variables específicas, o parcialmente relevantes, a la demanda de servicios médicos y asistenciales, tales como la cobertura, la condición de salud, la edad, el sexo y otras.¹⁷²

Newhouse y Phelps utilizaron variables de recursos físicos, de ingreso, y de características de población básicamente, para medir la duración de días estancia en un hospital, así como las causas de las visitas a la consulta externa.¹⁷³

Otro tipo de trabajo ya se ha iniciado para formular, estimar y utilizar modelos en ecuaciones simultáneas para el Sistema Nacional de Salud completo, que servirán para formular y predecir sus políticas.¹⁷⁴ Un intento inicial para estimar un pequeño modelo econométrico de seis ecuaciones del Sistema de atención a la Salud de los Estados Unidos, desarrollado básicamente para propósitos de docencia, fue el de Feldstein. Este trabajo pionero se interesó en descubrir ciertas razones tales como la relación de médicos con respecto a la población. Las variables del modelo endógenas

¹⁶⁹ La palabra estocástica viene de la palabra griega "stajos" que significa "blanco en el sentido de tiro al blanco". El lanzamiento de dardos sobre un tablero es un proceso estocástico; es decir, un proceso que permite errores.

¹⁷⁰ Gujarati Damodar, *Op. Cit.* pp. 4 y 7.

¹⁷¹ D. Intriligator Michael, *Modelos Econométricos, Técnicas y Aplicaciones* Fondo de Cultura Económica, México 1990, pp. 343.

¹⁷² D. Intriligator *Op. Cit.* pp. 359 y 360.

¹⁷³ D. Intriligator *Op. Cit.* pp. 362 a 364.

¹⁷⁴ D. Intriligator *Op. Cit.* pp. 537

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incluidas en el modelo de Feldstein son: número de personas con seguro médico, número de médicos generales, número de médicos especialistas, número de camas censables, número de ingresos generales en el corto plazo y, días de estancia promedio. Las variables exógenas incluyeron los porcentajes de: personas en 65 o más años de edad, de familias con ingresos bajos, de personas que habitan en comunidades urbanas, de mujeres casadas en la población y, utilización previa de camas disponibles.

Como vemos, las variables exógenas son demográficas económicas y médicas fundamentales.¹⁷⁵ Este modelo se estimó con el método de MCO¹⁷⁶ en dos etapas y utilizando datos en sección cruzada pertenecientes a estados. Dicho modelo se reduce a razones constantes si las variables explicativas son ajustadas a niveles fijos. Por ejemplo, la segunda ecuación de Feldstein explica el número de médicos generales por cada mil habitantes como una función del seguro, el ingreso y los niveles previos de médicos.

En la actualidad, han seguido otras aplicaciones econométricas multivariadas: es el caso de Barro, quien en 1996 aplicó la econometría en países de América Latina para observar correlaciones entre crecimiento económico y salud y demostró que el primero, está relacionado de manera positiva con la escolaridad masculina, los términos de intercambio, variables que miden el nivel de democracia y el estado de derecho de los países. Así mismo, el capital de salud representado en su modelo por la variable Esperanza de Vida, mostró una correlación positiva con el crecimiento económico.¹⁷⁷

El investigador Rodolfo Cermeño evaluó en México en el periodo 1970-1995, la relación entre el nivel del producto por persona y variables de educación y salud consideradas como componentes del capital humano; donde demostró una relación positiva con las tasa de ahorro y los niveles de educación y una relación negativa con las tasas de crecimiento de población.¹⁷⁸

La ilustración de todos estos modelos son un intento de argumentar la aplicación de las técnicas econométricas al Sistema de Atención a la Salud, en ausencia de un modelo econométrico fundamental que pudiese servir como un prototipo metodológico para medir la continuidad de las políticas públicas de salud en México al cada cambio presidencial. Es por ello que se diseñaron regresiones propias tratando de seguir una lógica científica entendiendo que es valido hacer

¹⁷⁵ D. Intriligator *Op. Cit.* pp. 537 y 538

¹⁷⁶ Mínimos Cuadrados Ordinarios

¹⁷⁷ CIDE, División de salud y desarrollo humano, OPS, "Investigaciones en Salud pública Documentos Técnicos, 18, Washington DC, abril 2000 pp. 6
¹⁷⁸ CIDE *Op. Cit.* pp. 51

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aplicaciones empíricas experimentales ya que la econometría es, como se argumentó, una ciencia social que se ajusta a los requerimientos de medición para el SNS el cual involucra en conjunto variables cuantitativas y cualitativas que nos pueden acercar aún mas a observar si ha existido tal continuidad.

3.3.2.- Especificación de la aplicación empírica de las regresiones

Se retomaron las variables en el capítulo tres usadas para el análisis de la hipótesis de este trabajo de tesis referente a la continuidad de las políticas públicas del SNS y se observara si hay correlación entre ellas a través del tiempo. Para construir la ecuación, se consideró como variable dependiente el estado de salud, que es posible representarlo por medio de: la esperanza de vida, la morbilidad y la mortalidad, quienes son más sensibles a los cambios del SNS. Por ello, se partió del supuesto que el estado de salud de la población es la resultante mas pertinente para medir la continuidad de las políticas de salud: si estas han tenido constancia y oportunidad, se verá reflejado en el valor de los indicadores mencionados, porque en ellos va implícito toda la gama de políticas públicas como: Gasto ejercido, administración y organización del SNS, recursos físicos humanos y materiales, centralización, promoción a la salud, acceso a los servicios de salud, cobertura, entre otros.

Las variables usadas en las regresiones, fueron ya ampliamente explicadas en el capítulo uno en las páginas 18 y 19; es por ello que por ahora solo las enumeraremos según fue el caso para la construcción de cada regresión.

3.3.3.- Variables:

PIBPC = PIB per cápita

PIBREAL = Producto interno Bruto Real

EV = Esperanza de Vida al nacer

MORT = Mortalidad general

MED = total de médicos

IENF = Indicador referente al número total de enfermeras

3.3.4. Primera regresión:

Número de observaciones: 21; periodo 1980-2000

Esperanza de Vida = $f(\text{Mortalidad, PIB real de México})$

Donde: $EV = \beta_0 + \beta_1 \text{Mort} + \beta_2 \text{PIBREAL} + e'$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$$\text{Así: } EV = C(1) + C(2)*\text{MORT} + C(3)*\text{PIBREAL}$$

Al sustituir los coeficientes tenemos:

$$EV = 80.88443975 - 2.98557431*\text{MORT} + 4.812249571e-07*\text{PIBREAL}$$

(2.042559) (0.276884) (6.58E-08)

$$t = (39.59957) (10.78278) (7.312052)$$

$$R^2 = .971636$$

$$k = 3$$

$$g \text{ de } l = 18$$

$$DW = 1.257623$$

$$F = 308.3019$$

Los valores entre paréntesis debajo de los coeficientes de regresión, corresponden a los errores estándar; la segunda fila de números entre paréntesis, son los valores estimados de t bajo la hipótesis nula de que el verdadero valor poblacional de cada coeficiente de regresión es cero. De igual manera se presentarán las demás regresiones.

Inicialmente se aplicó la prueba Dikey Full con la intención de ver la estacionariedad de las series debido a que las variables de salud aparentemente pudieran no guardar mucha relación entre sí; sin embargo los resultados de esta prueba muestran correlación positiva entre las variables; pues si cumplen el supuesto de media y varianza constantes donde el efecto del tiempo no influyó su correlación: EV P = 0.2592 MORT P = .1225 PIBREAL P = 0.0025

Los valores anteriores resultaron diferentes de 1, en un análisis con primera diferencia y sin intervalo siendo estacionarias de orden de integración 1, por lo tanto las series cumplen el supuesto de MCO.

Los parámetros estimados presentaron un error estándar con valor pequeño lo cual indica bondad de ajuste aceptable en la regresión. Lo anterior se afirma con el valor del coeficiente R^2 donde muestra que las dos variables explicatorias Mortalidad y PIB real recogen el 97 por ciento de la variación de la esperanza de Vida en México, durante el periodo 1980-2000.

Con relación a la significancia estadística de los coeficientes estimados, vemos que cada uno es individualmente significativo estadísticamente al nivel de 5 por ciento de significancia: las relaciones de los coeficientes estimados con sus relaciones estándar (es decir, relaciones t) son: 39.59957, 10.78278 y 7.312052 respectivamente. Y presentaron una probabilidad de 0.0000 cada uno de los estimados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al aplicar la prueba Durbin Watson (DW): que mide el grado de correlación entre los errores de la regresión, donde uno de los supuestos del método de MCO, menciona la independencia de éstos, se obtuvo: $DW = 1.257623$. El valor de los estadísticos que arroja la regresión para 21 observaciones y la corrección de primer orden $k = 2$, establece el siguiente intervalo de no-correlación: $d_l = 1.13$ a $d_u = 1.54$; por lo tanto, no indica autocorrelación y la regresión es confiable.

La prueba F para esta regresión resultó significativa con un valor de 308.3019; es decir, cae dentro de la zona de rechazo de la hipótesis nula donde $\beta_2 = \beta_3 = 0$; o sea que la mortalidad no está linealmente correlacionada con el PIB real y con la tendencia.

Para esta regresión, los resultados obtenidos observaron que las pruebas estadísticas básicas de MCO si son favorables.

3.3.5.- Segunda regresión:

Número de observaciones: 21; periodo 1980-2000

Mortalidad = f(Esperanza de vida)

Donde: $Mort = \beta_0 + \beta_1 EV + e$

$MORT = C(1) + C(2) \cdot EV$

Al sustituir los coeficientes tenemos:

$MORT = 19.2446523 - 0.1985388982 \cdot EV$

(1.154857) (0.016226)

t = (16.66410) (-12.23585)

$R^2 = 0.887385$

$k = 2$

$g \text{ de } l = 19$

$DW = 0.400311$

$F = 149.7160$

La prueba Dikey Fuller en esta regresión queda ya comprobada puesto que se usaron algunas variables de la ecuación anterior, donde se mostró el cumplimiento del supuesto de MCO por lo cual ya no se repetirán los valores.

Los parámetros estimados presentaron un error estándar de 1.154857 y 0.016226 para cada coeficiente lo cual indica bondad de ajuste aceptable en la regresión. Lo anterior se afirma con el valor del coeficiente R^2 donde muestra que la variable explicatoria EV recoge el 88 por ciento de la variación de la esperanza de Vida en México, durante el periodo 1980-2000.

En la significancia estadística de los coeficientes estimados, vemos que cada uno es individualmente significativo estadísticamente al nivel de 5 por ciento: las relaciones de los coeficientes estimados

con sus relaciones estándar (es decir, relaciones t) son: 16.66410 y -12.23585 respectivamente; con una probabilidad de 0.0000 cada estimado.

En la prueba Durbin Watson se obtuvo un valor de 0.400311. El valor de los estadísticos que arroja la regresión para 21 observaciones y $k=1$ establece el intervalo de no-correlación: $dl=1.22$ a $dvl=1.42$ e indica autocorrelación; sin embargo en el correlograma, observamos no autocorrelación y por lo tanto la regresión si es confiable.

Sample: 1980 2000 a la segunda regresión
Included observations: 21

Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob
. |***|	. |***|	1 0.342	0.342	2.8196	0.093
. **| . |	. ***| . |	2 -0.196	-0.354	3.7928	0.150
. **| . |	. *| . |	3 -0.305	-0.122	6.2940	0.098
. **| . |	. *| . |	4 -0.249	-0.180	8.0486	0.090
. | . |	. |*| . |	5 0.051	0.129	8.1272	0.149
. |**| . |	. | . |	6 0.222	0.035	9.7186	0.137
. | . |	. *| . |	7 0.052	-0.110	9.8132	0.199
. *| . |	. | . |	8 -0.068	0.008	9.9845	0.266
. **| . |	. **| . |	9 -0.244	-0.227	12.387	0.192
. | . |	. |**| . |	10 -0.049	0.197	12.494	0.253
. |*| . |	. | . |	11 0.159	-0.043	13.714	0.249
. |**| . |	. |*| . |	12 0.198	0.123	15.810	0.200

La prueba F resultó significativa con un valor de 149.7160 y cae dentro de la zona de rechazo de la hipótesis nula donde la EV no esta linealmente correlacionada con la tendencia. Se concluye que los resultados obtenidos observaron que las pruebas estadísticas básicas de MCO si son favorables.

3.3.6. Tercera regresión:

Número de observaciones: 21; periodo 1980-2000

Esperanza de vida = $f(\text{Enfermeras, Médicos en contacto directo})$

Donde: $EV = \beta_0 + \beta_1 IENF + \beta_2 IMEDCD + e$

$EV = C(1) + C(2)*IENF + C(3)*IMEDCD$

Al sustituir los coeficientes tenemos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$$EV = 53.41047104 + 0.0755862644 * IENF + 0.06349508046 * IMEDCD$$

(0.741638)	(0.009834)	(0.015743)
t = (72.01687)	(7.686419)	(7.686419)

$$R^2 = 0.970079 \quad k = 3 \quad g \text{ de } l = 18 \quad DW = 0.958794 \quad F = 291.7966$$

Los valores de la prueba Dikey Fuller fueron para $EV P = 0.2592$, $IENF = 0.1647$, $IMEDCD = 0.0597$ y el cumplimiento del supuesto de MCO de media y varianzas constantes.

Los parámetros estimados anotados en la primera fila de paréntesis, presentaron un error estándar aceptable para cada coeficiente lo cual indica bondad de ajuste aceptable en la regresión. Lo anterior se afirma con el valor del coeficiente R^2 donde muestra que las variables $IENF$ e $IMEDCD$ recogen el 97 por ciento de la variación de la esperanza de Vida en México, durante el periodo 1980-2000.

En la significancia estadística de los coeficientes estimados, vemos que cada uno es individualmente significativo estadísticamente al nivel de 5 por ciento: las relaciones de los coeficientes estimados con sus relaciones estándar (es decir, relaciones t) como se observa en la segunda fila de valores entre paréntesis anotados para cada estimado, y tienen una probabilidad de 0.0000

La prueba Durbin Watson obtuvo un valor de 0.958794. El valor de los estadísticos que arroja la regresión para 21 observaciones y $k = 2$ establece el intervalo de no-correlación: $dl = 1.08$ a $dv = 1.53$ mostrando autocorrelación; sin embargo el correlograma, observa no autocorrelación y por lo tanto la regresión si es confiable.

La prueba F resultó significativa con un valor de 149.7160 y cae dentro de la zona de rechazo de la hipótesis nula donde la EV no está linealmente correlacionada con la tendencia. De igual manera los resultados obtenidos observaron que si son favorables las pruebas estadísticas básicas de MCO.

**TESIS CON
FALLA DE CALIDAD EN**

Sample: 1980 2000 A la tercera regresión						
Included observations: 21						
Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob	
.	1	-0.002	-0.002	0.0001	0.991
.	2	0.013	0.013	0.00440	0.998
. . * . .	. . * . .	3	0.195	0.196	1.0299	0.794
. . * . .	. . * . .	4	0.168	0.176	1.8360	0.766
.	5	-0.025	-0.024	1.8546	0.869
. . * . .	. . * . .	6	-0.077	-0.130	2.0432	0.916
.	7	-0.017	-0.100	2.05370	0.957
.	8	0.063	0.0482	2.0070	0.974
. . * . .	. . * . .	9	-0.083	-0.0252	4.789	0.981
. . * . .	. . * . .	10	-0.124	-0.080	3.1553	0.978
. . * . .	. . * . .	11	-0.047	-0.0708	2.6350	0.987
. . * . .	. . * . .	12	-0.068	-0.082	3.5126	0.991

3.3.7. Cuarta regresión:

21 observaciones Incluidas

Esperanza de vida $f(\text{Consultas externos})$

Donde: $EV = \beta_0 + \beta_1 ICE + e$

$EV = C(1) + C(2)*ICE$

Substituyendo los Coeficientes:

$EV = 55.54347049 + 0.008522201566*ICE$

(1.012123) (0.000546)

$t = (54.87818) (15.59912)$

$R^2 = 0.927573$

$k = 2$

$g \text{ de } l = 19$

$DW = 1.006109$

$F = 243.3325$

Los valores de la prueba Dikey Fuller fueron para $EV P = 0.2592$, $ICE = 0.0070$ cumpliendo del supuesto de MCO.

Los parámetros estimados anotados en la primera fila de paréntesis, presentaron un error estándar admisible para cada coeficiente lo cual indica bondad en el ajuste aceptable en la regresión. Lo anterior se afirma con el valor del coeficiente R^2 donde muestra que la variable explicatoria ICE recoge el 92 por ciento de la variación de la esperanza de Vida en México, durante el periodo 1980-2000.

En la significancia estadística de los coeficientes estimados, vemos que cada uno es individualmente significativo estadísticamente al nivel de 5 por ciento: las relaciones de los coeficientes estimados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con sus relaciones estándar (es decir, relaciones t) como se observa en la segunda fila de valores entre paréntesis anotados para cada estimado, y tienen una probabilidad de 0,0000

La prueba Durbin Watson obtuvo un valor de 1.006109 El valor de los estadísticos que arroja la regresión para 21 observaciones y $k= 2$ establece el intervalo de no-correlación: $d_l= 1.20$ a $d_v= 1.41$ mostrando autocorrelación; sin embargo el correlograma, observa no autocorrelación y por lo tanto la regresión si es confiable.

La prueba F resultó significativa con un valor de 243.3325 y cae dentro de la zona de rechazo de la hipótesis nula donde la EV no esta linealmente correlacionada con la tendencia.

De igual manera los resultados obtenidos observaron que si son favorables las pruebas estadísticas básicas de MCO.

Included observations: 21						
Autocorrelation	Partial Correlation		AC	PAC	Q-Stat	Prob
. ** | . |	. | ** | . |	1	0.238	0.238	1.3732	0.241
** | . |	. ** | . |	2	-0.243	-0.318	2.8803	0.237
. ** | . |	. * | . |	3	-0.211	-0.0694	0.782	0.253
. * | . |	. * | . |	4	-0.108	-0.121	4.4122	0.353
. * | . |	. * | . |	5	-0.080	-0.119	4.6062	0.466
** | . |	*** | . |	6	-0.244	-0.326	6.5193	0.368
. * | . |	. * | . |	7	-0.093	-0.066	6.8192	0.448
. | * | . |	. | . | . |	8	0.142	-0.0427	5.686	0.477
. | . | . |	. ** | . |	9	-0.017	-0.2837	5.809	0.577
. | . | . |	. * | . |	10	-0.015	-0.063	7.5910	0.669
. | * | . |	. | . | . |	11	0.107	-0.035	8.1413	0.701
. | * | . |	. * | . |	12	0.132	-0.071	9.0810	0.696

3.3.8. Quinta regresión: 21 observaciones incluidas

Mortalidad infantil f(médicos) $MORTIN = C(1) + C(2)*MED$

Substituyendo los Coeficientes:

$$MORTIN = 115885.6737 - 0.6149731149 * MED$$

(4595.001) (0.049766)

t = (25.21995) (-12.35720)

$R^2= 0.889342$ $k= 2$ g de $l = 19$ $DW= 0.652940$ $F= 152.7003$

La prueba Dikey Fuller mostró para MORTIN $P = 0.0247$ y MED = 0.1721 y al ser diferentes de 1 cumplen el supuesto de MCO.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los parámetros estimados en al primera fila de paréntesis, reflejaron un error estándar admisible para cada coeficiente lo cual indica bondad en el ajuste aceptable en la regresión. Lo anterior se afirma con el valor del coeficiente R^2 donde muestra que la variable explicatoria ICE recoge el 88 por ciento de la variación de la mortalidad infantil en México, durante el periodo 1980-2000.

En la significancia estadística de los coeficientes estimados, vemos que cada uno es individualmente significativo estadísticamente al nivel de 5 por ciento: las relaciones de los coeficientes estimados con sus relaciones estándar (es decir, relaciones t) como se observa en la segunda fila de valores entre paréntesis anotados para cada estimado; y tienen una probabilidad de 0.0000

La prueba Durbin Watson obtuvo un valor de 0.652940 El valor de los estadísticos que arroja la regresión para 21 observaciones y $k = 1$ establece el intervalo de no-correlación: $dl = 1.22$ a $dv = 1.42$ mostrando autocorrelación; sin embargo el correlograma, observa no autocorrelación y por lo tanto la regresión si es confiable.

Sample: 1980 2000 A la quinta regresión						
Included observations: 21						
Autocorrelation	Partial Correlation		AC	PAC	Q-Stat	Prob
. |*** |	. |*** |	1	0.439	0.439	4.6550	0.031
. *| . |	. ***| . |	2	-0.110	-0.376	4.9651	0.084
. *| . |	. |* . |	3	-0.162	0.101	5.6654	0.129
. *| . |	. |* . |	4	-0.109	-0.142	6.0004	0.199
. |* . |	. |*** |	5	0.166	0.358	6.8355	0.233
. |** . |	. | . |	6	0.300	-0.031	9.7346	0.136
. | . |	. | . |	7	0.057	-0.049	9.8478	0.197
. *| . |	. | . |	8	-0.109	-0.007	10.290	0.245
. *| . |	. *| . |	9	-0.147	-0.080	11.162	0.265
. *| . |	. *| . |	10	-0.150	-0.079	12.145	0.275
. *| . |	. *| . |	11	-0.081	-0.133	12.459	0.330
. | . |	. |* . |	12	0.050	0.123	12.596	0.399

La prueba F resultó significativa con un valor de 243.3325 y cae dentro de la zona de rechazo de la hipótesis nula donde la EV no esta linealmente correlacionada con la tendencia.

De igual manera los resultados obtenidos observaron que si son favorables las pruebas estadísticas básicas de MCO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.9.-INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Es importante recordar que lo pretendido con estas regresiones fue buscar resultados con tendencias de concordancias con la hipótesis central de este trabajo de tesis referido a la continuidad existente en las políticas públicas de salud; el valor de algunos coeficientes estimados fueron altos ya que la medición del estado de salud, involucra un gran número de variables no mencionadas en estos cálculos, ya que el interés fundamental se centró en medir solo algunas de aquellas que involucraran la medición de la continuidad de las políticas de salud y a su vez, involucren el estado de salud de la población general; de esta forma las tendencias pueden ser válidas para mostrar la reafirmación de nuestra hipótesis.

3.3.9.1.-Primera regresión.- La interpretación de esta ecuación nos dice que cuando la Mortalidad y el PIB real están fijos en cero, la esperanza de vida se estima en promedio en 80.8 años en el periodo 1980-2000; Es concordante con la realidad observar que mientras la mortalidad no crezca, la esperanza de vida se dispararía hasta 80 años promedio de vida, lo cual ha sucedido en México pero no en esa magnitud ya que las tasas de mortalidad general en estos tres sexenios ha sido en promedio de 5 puntos porcentuales constantes y no permitió llegar a 80 años como esperanza promedio. El PIB real en la ecuación y en la realidad, efectivamente no fue significativo para mostrar crecimiento en la Esperanza de vida: tuvo un crecimiento promedio de 2.61¹⁷⁹ en este periodo estudiado. Es decir, en México no se le dio prioridad a un mutuo crecimiento de ambas variables, y que debiera verse reflejado en mayor gasto en salud que en contraste, decreció -4.49¹⁸⁰ en promedio para los tres gobiernos; lo cual no fortaleció el SNS como para impactar finalmente en la esperanza de vida positivamente.

La regresión dice que si la tasa de Mortalidad aumenta en 1 unidad, entonces la esperanza de vida va a disminuir en 2.98 años. Esto también significa que con un coeficiente de -2.98 manteniendo todas las variables constantes, un aumento en la esperanza de vida de una unidad va acompañado de una disminución de la mortalidad de 2.98 unidades. Y efectivamente, conforme ha ido disminuyendo en los tres sexenios la tasa de mortalidad, se ha visto reflejado en crecimientos en la expectativa de vida al nacer aunque en menor proporción que la tasa de mortalidad: esto por los diversos factores que influyen en EV. De igual manera, si el PIB real de México aumenta en 1 unidad, se espera que la esperanza de vida aumente en 0.000000481 años. Esto siempre y cuando hubiese continuidad en las

¹⁷⁹ Ver cálculos de tabla 4 en el capítulo tres

políticas de gasto en el SNS y tener resultados finales concretos en el aumento de la esperanza de vida como ya se mencionó.

Los productos de esta regresión concuerdan con los estimados de la siguiente ecuación donde se reafirma el efecto de la disminución de la mortalidad en la variable dependiente como se observa a continuación:

3.3.9.2.-Segunda regresión.- Cuando la Esperanza de Vida está fija en cero, la Mortalidad se estima en promedio en 19.24 puntos porcentuales en el periodo 1980-2000;

Si la esperanza de vida aumenta en 1 año, entonces la mortalidad disminuirá en 0.198 puntos porcentuales. Esto también significa que con un coeficiente de -0.198 manteniendo todas las variables constantes, un aumento en la mortalidad de un punto porcentual va acompañado de una disminución de la esperanza de vida de 0.198 años.

3.3.9.3.-Tercera regresión.- La regresión dice que en el periodo 1980-2000 cuando los indicadores de médicos y enfermeras están fijos en cero, la esperanza de vida se estima en promedio en 53.41 años; Es decir, si el recurso humano de mayor importancia para la impartición de atención a la salud, permaneciera en cero, de facto se desploma el valor de la esperanza de vida, lo cual confirma la importancia de mantener políticas de aumento en la plantilla de trabajadores de base en el sector salud. En estos tres sexenios el recurso tuvo un comportamiento constante, pero no del todo suficiente para la demanda de salud.

Si el indicador referente al total de enfermeras aumenta en 1 unidad, entonces la esperanza de vida va a aumentar en 0.075 años. Así mismo tal coeficiente, manteniendo todas las variables constantes, significa que un aumento en la esperanza de vida de un año, va acompañado de un aumento del indicador de enfermeras de 0.075 unidades.

Si el indicador de Médicos en contacto directo con el paciente, aumenta en 1 unidad, en México se espera que la esperanza de vida aumenta en 0.0634 años, lo cual concuerda con lo sucedido en estos sexenios donde para los tres, el indicador médicos y la EV tuvieron el mismo comportamiento: Al cambio presidencial de Miguel de la Madrid a Carlos Salinas disminuyeron ambas, y de Salinas a Zedillo aumentaron como sigue en el orden mencionado: IMED 2.03 EV 0.61; IMED1.75 EVO.59, y

¹⁸⁰ Ibidem nota al pie 15

4.05 EVO.65. La conclusión es que para aumentar la expectativa de vida al nacer, es necesario el cuidado de la salud, donde los médicos son un insumo clave para ello.

3.3.9.4.-Cuarta regresión.- El comentario de esta ecuación expresa que cuando el indicador de todas las consultas externas generales y de alta especialidad impartidas está fijo en cero, la esperanza de vida se estima en promedio en 55.54 años en los años 1980 a 2000: Significa que si no hay gran accesibilidad de los servicios de salud a la población en general, la expectativa de vida puede disminuir a niveles alarmantes, donde contrastado con los tres sexenios presidenciales analizados, las consultas externas fluctuaron a la par de la EV aunque la primera variable con mayor magnitud que la segunda en el mismo periodo.¹⁸¹ Si el indicador de consultas externas aumenta en 1 unidad, entonces la esperanza de vida podrá aumentar en 0.0085años. De igual forma con este valor decimos que manteniendo todas las variables constantes, un aumento en la esperanza de vida de una unidad va acompañado de un aumento en el indicador consultas externas de 0.0085 unidades. Lo que hace referencia a que mientras mas se eleven los servicios de salud, se podrá aumentar efectivamente los años de vida esperados al nacer debido a la mejoría en el manejo de los procesos de salud-enfermedad en la población en general.

3.3.9.5.-Quinta regresión.- En el periodo 1980-2000, los resultados señalan que cuando el número total de médicos, esta fijo en cero, la Mortalidad infantil para menores de un año se calcula en promedio de 115885.7 puntos porcentuales: Si los médicos aumentan en 1 unidad, entonces la tasa de la mortalidad infantil disminuirá en -0.614 puntos porcentuales. Es decir, también significa que con un coeficiente de

-0.614 manteniendo todas las variables constantes, un aumento en el indicador de la mortalidad infantil de un punto porcentual va acompañado de una disminución del número total de médicos en -0.614 personas. Según los cálculos propios, se muestra un comportamiento pareado de ambas variables en cada sexenio; si aumentó o disminuyó el indicador médicos, impactó de la misma forma la tasa de mortalidad infantil como se ve en sus tasas promedio de crecimiento: para el primer periodo con Miguel de la Madrid, los médicos crecieron en 2.3 por ciento mientras que la mortalidad infantil decreció en -4.45; con Carlos Salinas los médicos disminuyeron a 1.75 y la mortalidad infantil disminuyó mas lento en -2.63 lo cual no fue favorable; y con el presidente Ernesto Zedillo los

¹⁸¹ Vease tabla 4 capitulo tres el comportamiento de EV y el indicador Consultas Externas

médicos aumentaron en 4.05 por ciento y se reflejó en un ritmo mas acelerado de disminución de la mortalidad infantil con -3.78.

En nuestro país la mortalidad infantil en menores de un año, a pesar de los esfuerzos, se ha mantenido una tasa promedio máxima de 47 puntos porcentuales en el sexenio de Miguel de la Madrid y en una mínima de de 27 con Ernesto Zedillo, con una tendencia decreciente a un ritmo promedio de -3.62; y aunque son muy amplios los factores que la explican, el que no haya acceso al recurso humano para atención materno infantil, responsabiliza en un 60 por ciento, según la R^2 de esta regresión, tal comportamiento a la suficiente existencia o nó de los médicos para dicha atención, lo cual depende de las políticas sociales y de su continuidad que como ya se observó, es discontinua.

CAPITULO CUATRO MÉXICO Y LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

En todos los países la atención a la salud cobra importancia creciente debido a la demanda de la población con expectativas cada vez mayores y es común que los gastos médicos ideales sean siempre mayores a los presupuestados con el consiguiente desbordamiento funcional y financiero de casi todos los sistemas de salud.

El objetivo de este apartado, es analizar y ubicar a México y su SNS, con relación a otros dos países del Continente Americano con base en sus resultados de salud, según los parámetros considerados en esta investigación y, las recomendaciones de organismos internacionales competentes para ello. Así mismo el propósito es redondear el significado de la continuidad de las políticas de salud y comprender mejor su importancia en la repercusión de sus resultados, a la vez de que se podrá inferir si en Chile y Canadá han tenido continuidad en el desempeño de este rubro.

4.1 POLÍTICAS INTERNACIONALES RECOMENDADAS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud OMS, es la organización internacional rectora de la provisión de los servicios de salud en el mundo, su misión general consiste en alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, con énfasis en eliminar las desigualdades dentro de los países como entre ellos. La capacidad de la Organización para cumplir esa misión depende en gran medida de la eficacia de los sistemas de salud de los Estados Miembros.

Proteger y promover la salud de todas las personas del mundo ha sido una necesidad urgente para todos los gobiernos y la comunidad mundial; reflejada en la Conferencia Internacional en el Cuidado de Salud Primario de Alma-Ata que incluye políticas de acción dictadas por la OMS que al día de hoy son vigentes e incluyen:

I.- No permitir la desigualdad en la condición de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y, en desarrollo por considerarse dentro de los países política, social, y económicamente inaceptable convirtiéndolo en una preocupación común.

II.- El desarrollo Económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica al logro más completo de salud para todos y a la reducción del hueco entre la condición de salud del desarrollo de los países. La promoción y protección de la salud de las personas son esenciales al desarrollo económico y social sostenido y contribuye a elevar la calidad de vida y

fomenta la paz mundial. La OMS recomienda un monto mínimo del 5.0% del PIB nacional para destinarse al gasto en Salud.

III.-Las personas tienen el derecho y deber para participar individualmente y colectivamente en la planificación y aplicación de su cuidado de salud.

IV Los Gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus habitantes y sólo puede cumplirse por la provisión de salud que les permitirá llevar una vida social y económicamente productiva y las medidas sociales. El cuidado de salud primario es la llave para lograr este objetivo como parte de desarrollo con un espíritu de justicia social.

V.- El cuidado de salud Primario es esencial y se debe basar en los métodos prácticos científicamente legítimos y socialmente aceptables y tecnología hechas de manera universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad a través de su participación y a un costo que la comunidad y el país pueda permitirse el lujo de mantener en cada fase de su desarrollo en el espíritu mismo de confianza y libre determinación. En los sistemas de salud, debe ser la función central y el enfoque principal de cada país, y del desarrollo social y económico global de la comunidad. El cuidado a la salud, es el primer contacto con los individuos, la familia y comunidad dentro del sistema de salud nacional que trae el cuidado de salud como sea posible a dónde las personas viven y trabajan, y constituye el primer elemento de un proceso de cuidado de salud continuo.

VI.- cuidado de salud Primario:

1. Debe reflejar y evolucionar de las condiciones económicas y las características socioculturales y políticas del país y sus comunidades, basándose en la aplicación de los resultados de salud con apoyo de la investigación y experiencia de la higiene pública;
2. Debe incluir por lo menos: educación según los problemas de salud prevalecientes y los métodos de prevenir y controlarlos; la promoción de suministro de comida y la nutrición apropiada; un suministro adecuado de agua segura y la higienización básica; maternal y cuidado de salud de niño, incluso la planificación de la familia; la inmunización contra las enfermedades infecciosas mayores; la prevención y mando de enfermedades localmente endémicas; el tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones; y provisión de medicamentos esenciales;
3. Es necesario involucrar, además, todos los sectores relacionados y aspectos de desarrollo comunitario, en particular la agricultura, cría de animales domésticos, comida, industria, educación,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

albergue, obras públicas, comunicaciones y otros sectores; y demandas de los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

4. Requiere y debe promover en la comunidad confianza y participación en la planificación, organización, funcionamiento y mando de cuidado de salud primario, mientras procura usar mejor de recursos disponibles locales, nacionales y otros; y con este fin desarrollar a través de la educación apropiada la habilidad de participación de las comunidades para participar;

5. Se debe contar con un equipo de salud, con médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y obreros de la comunidad así como los practicantes tradicionales adecuadamente entrenados para trabajar como un equipo y responder a las necesidades de salud expresadas de la comunidad dando prioridad a los más necesitados.

VII Todos los gobiernos deben formular las políticas nacionales, estrategias y planes de acción para lanzar y sostener el cuidado de salud primario como la parte de un sistema de salud nacionales comprensivos y en la coordinación con otros sectores. Con este fin, será necesario ejercer el testamento político, movilizar los recursos del país y usar los recursos externos disponibles racionalmente.

VIII Todos los países deben cooperar entre sí, en un espíritu de sociedad para asegurar el cuidado de salud primario directamente para todas las personas. En este contexto que los WHO/UNICEF colectivos informan en el cuidado de salud primario una base sólida constituye para el desarrollo extenso y funcionamiento de cuidado de salud primario a lo largo del mundo.¹⁸²

4.2 DEBATE

4.2.1 Política de desempeño

En los países subdesarrollados, la adopción acrítica del modelo hospitalario en ausencia de infraestructura sanitaria municipal con serias limitaciones en la educación higiénica y fomento a la salud, así como con problemas de salud pública asociados con vectores, ha propiciado una operación ineficiente, sin cobertura en áreas marginadas o rurales donde los resultados han sido: concentración de recursos o infraestructura en las ciudades, descuido de la medicina preventiva elevación de los

¹⁸² OMS "Informe sobre la salud en el mundo" Resumen Marzo 29, 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

indicadores de mortalidad materna, infantil y preescolar elevada, y, las enfermedades infectocontagiosas entre las primeras causas de enfermedad y muerte.¹⁸³ A pesar de los avances médico- terapéuticos y tecnológicos coexisten prácticas médicas empíricas¹⁸⁴ en grado variable con mayor arraigo en algunas regiones de población indígena.

Históricamente, se ha comprobado que implantar modelos extranjeros en países con diferente cultura y tradiciones ha sido un fracaso; y que es el caso de casi todos los países LA incluido México y otros países subdesarrollados que han aceptado el modelo curativo especializado con tecnología de punta donde solo logran insuficiencia inequidad e ineficiencia de sus sistemas de salud, a excepción de Cuba que no aceptó tal modelo y en cambio organizó las unidades médicas rurales basándose en los médicos con resultados ejemplares en la salud individual y colectiva.¹⁸⁵

A continuación se observa el Sistema Nacional de Salud de tres países, y se rescatan elementos esenciales de la última década, aunque algunos ya se desarrollaron en este trabajo de tesis para el caso de México, serán necesarios en el análisis comparado entre Chile y Canadá, para valorar si nuestro supuesto de la continuidad en la aplicación de políticas sociales se refleja en los resultados de tales indicadores; y se verá que tanto siguen las recomendaciones internacionales de organismos como la OMS como base para proveer servicios de salud.

Se eligió un país con alto desarrollo, y otro en vías de desarrollo de bajos recursos, pero sin embargo, considerado exitoso por la OMS en sus estrategias y resultados con el fin de tener un punto de partida equilibrado para observar el comportamiento del sector salud en el contexto Latino Americano.

Los rubros a incluir serán una semblanza socioeconómica y política, principales indicadores demográficos y de la situación de salud, organización del sistema de salud, principales problemas y financiamiento.

4.3 MÉXICO

4.3.1 Contexto socioeconómico, político y demográfico

Los Estados Unidos Mexicanos tienen un territorio de 1.967.183 km² y está integrado por 31 estados y un Distrito Federal.

¹⁸³ Kumate Jesús, Gutiérrez Gonzalo, Sotelo Juan Manuel, "Sistemas Nacionales de Salud en las Américas" pp.19

¹⁸⁴ Algunas prácticas empíricas son: herbolarios, acupunturistas, quiroprácticos, homeópatas, algebristas, naturistas, sabadores, medicina mágico religiosa, limpias, etc

¹⁸⁵ Kumate Jesús *Op. Cit.* pp. 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En diciembre de 1994 se desató la peor recesión económica en varias décadas. La moneda nacional sufrió una fuerte devaluación y la inflación aumentó de 7% a 52%. En 1995 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 246.400 millones. En el bienio 1995-1996 los salarios reales disminuyeron 22%, se contrajo el empleo en el sector formal y las tasas de interés a corto plazo se dispararon.

En 1996 las principales variables macroeconómicas arrojaron saldos positivos y el PIB, estimulado por el auge de las exportaciones creció 5,1%; la inflación fue de 27,7%; las tasas de interés a corto plazo descendieron; el empleo en el sector formal creció 2,1% y la tasa de desempleo abierto se redujo a 10,5% (en 1995 fue de 11,2%). En 1997 los signos de recuperación económica se generalizaron y la economía creció 7% en el primer semestre.

Se estimó para 1997 una población de 94,7 millones, 2,3 millones de nacimientos y cerca de 425.000 defunciones, lo que unido al saldo migratorio negativo de 300.000 personas arroja un crecimiento neto de poco más de 1,5 millones de personas y una tasa anual de crecimiento de 1,62. La tasa bruta de natalidad disminuyó de 26,8 por 1.000 habitantes en 1992 a 24,5 en 1996.

Se estimó que en 1995 el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza fue de 60,4%. Los estados que presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70% y 76%) son los que tienen una elevada proporción de población indígena. En 1995 el porcentaje de población alfabetizada era de 89,3% (87,6% en 1990), 91,4% para los hombres y 87,2% para las mujeres.

La esperanza de vida al nacer registró pocos cambios entre 1992 y 1996, al pasar de 72,1 a 73,3 años (73,2 a 76,4 años para las mujeres y 68,9 a 70,1 años para los hombres).¹⁸⁶

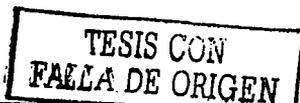
4.3.2 Semblanza del SNS

Retomando su historia la creación de las diferentes dependencias principales fueron:

El Departamento de Salubridad Pública en 1917, la Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA en 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en 1943, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ISSSTE en 1959, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF en 1977, el Sistema Nacional de Salud SNS (ley general de Salud). A la par los servicios privados fueron creciendo en número e importancia sobre todo en las 5 últimas décadas.

Es con la ley General de Salud en 1984 cuando se establecieron las bases y se habló por primera vez del Sistema Nacional de Salud, donde se le establecen como funciones principales:

¹⁸⁶ Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud del capítulo de país México, de Salud en las Américas, 1998.



1.- Dirección y coordinación del Sistema: Donde se hace la planeación y formulación de las políticas sanitarias, vigilancia epidemiológica e información estadística, evaluación de servicios y programas, coordinación interna y externa sectorial.

2.- Provisión de recursos: de índole financiero, físicos, humanos y de conocimientos.

3.- Servicios como: Salud Pública, promoción, prevención y saneamiento, de atención médica preventiva curativa y de rehabilitación, y de asistencia social a grupos vulnerables y de alto riesgo.¹⁸⁷

4.3.3 Políticas del SNS y planes nacionales de salud

Las principales políticas de salud se vinculan con la reorganización del sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, y con la atención a los trastornos derivados de los problemas epidemiológicos y demográficos actuales. Para atender al primero de estos objetivos, en 1995 se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud y para el segundo, la Secretaría de Salud definió en 1997 las funciones prioritarias en relación con la prevención y control de enfermedades.

En resumen, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 establece la libre elección por los derechohabientes de la seguridad social y del médico que los atenderá; la creación de un seguro familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago; la transferencia a los estados de los servicios de salud para la atención de la población abierta; el incremento de la participación municipal en salud; la ampliación de la cobertura; la reorganización del sistema, de modo que la Secretaría de Salud ejerza el papel rector y normativo y el IMSS separe las funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios.

La federación mantiene las facultades de establecer las normas de salubridad y regular los servicios, el control sanitario de productos y establecimientos, la certificación de profesionales y la acreditación de unidades de salud, la generación de estadísticas nacionales y la representación internacional del sector. Las direcciones estatales y municipios comparten la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados, el control sanitario de los servicios a la población y el desarrollo de las tareas de promoción y orientación para la salud.

¹⁸⁷ Kumate *Op. Cit.* pp. 152

Con relación a las acciones prioritarias, la promoción de la salud constituyó y una línea estratégica para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Hoy día es de la misma forma.

En 1997 la Secretaría de Salud estableció un nuevo modelo de prioridades en prevención y control de enfermedades, definiendo 10 programas de impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de población:

En 1996 Se puso en funcionamiento el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica, para generar información de los servicios de salud en sus diferentes niveles técnico-administrativos, respaldada por un paquete automatizado para la captura, concentración y análisis de la información obtenida, por medio del cual se notifican los casos nuevos de enfermedades, los informes de control de unidades, el control de notificación semanal, catálogos, gráficos y mapas, todos por grupos de edad e institución. Existe un registro de la morbilidad cuya información procede del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y de los informes de egresos hospitalarios de las instituciones de salud.¹⁸⁸

El ordenamiento jurídico del sector se basa principalmente en dos leyes generales, actualizadas periódicamente: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social, renovadas en 1997 en esquemas y prácticas de los regímenes de pensiones y de salud, como la reducción del aporte patronal y el aumento del gubernamental, el desarrollo del seguro de salud familiar para los que deseen afiliarse voluntariamente, y la opción de reversión de cuotas para los empleados de un mismo centro de trabajo que prefieran ser atendidos por otros prestadores, en la que el IMSS conserva la función recaudadora.¹⁸⁹

4.3.4 Financiamiento

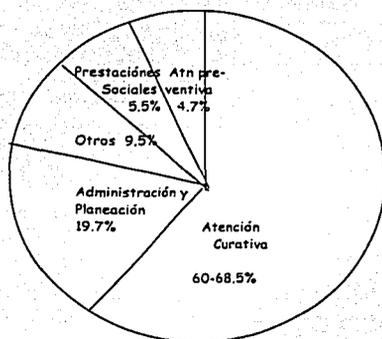
El análisis del gasto muestra que los hogares son los que más aportan, con 49% del total del gasto en el período 1992-1996, en contraste con los empleadores, que contribuyen con 29% y, finalmente, el Gobierno federal, que aporta 22% del total del gasto.

Entre el 60 y 68% promedio del presupuesto total asignado a la salud se ha destinado a la atención curativa (incluye la hospitalización), 15% a la administración, la política y la planeación, 7% a la atención preventiva, 6% a infraestructura y 4% a otros rubros.

¹⁸⁸ *Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud del capítulo de país México*, de Salud en las Américas, 1998.

¹⁸⁹ *Ibidem*

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DEL GASTO PÚBLICO DEL SNS
SEGÚN PROGRAMA 1990-2000



Fuente: elaboración propia con base en datos del Boletín de Información Estadística No. 11 al 15, SNS, varios años.

La remuneración de personal capta casi la mitad del presupuesto de las instituciones de mayor volumen de prestaciones: el IMSS con 48% y la Secretaría de Salud con 50% promedio aproximado; sin embargo, en el ISSSTE este concepto alcanza solo 21%, mientras que los gastos de operación son lo más relevante (51% del gasto total).

En el IMSS, los gastos de operación representan 35% del total, el segundo en orden de magnitud, mientras que en la Secretaría de Salud representa 3% del total del gasto en la última década 1990-2000.

En cuanto al gasto privado, también predomina el destinado a la atención curativa y su distribución muestra que los honorarios consumen 35% promedio del total, la compra de medicamentos 27% y las hospitalizaciones 20%. El llamado gasto privado de bolsillo tuvo un comportamiento regresivo en todos los conceptos, ya que cada año ha representado una proporción mayor respecto del ingreso.

Algunos resultados nos dicen que el gasto en salud per cápita promedio en 1992 fue de 360 nuevos pesos¹⁹⁰ y para 1995, estimado según la OMS, sobre la base del presupuesto ejercido por las

¹⁹⁰ Kumate Op. Cit. Pp. 158

instituciones públicas y la población total, fue de 499 pesos¹⁹¹. Sin embargo las diferencias del gasto entre las diferentes instituciones del sector público son enormes; lo que refleja la inequidad existente en el otorgamiento de servicios.¹⁹² Los valores absolutos del gasto privado difieren, en promedio, 10 veces entre los hogares urbanos de menores y mayores ingresos: de 750 y \$7500 pesos por trimestre; en las zonas rurales esta diferencia llega a ser de 20 veces.

Según el sistema de cuentas nacionales, la seguridad social manejó la mayor proporción de recursos siendo el 43%, seguida de las empresas privadas 42%.

El presupuesto en salud ha mantenido un ritmo de crecimiento; el de la Secretaría de Salud fue de 58%; también el crecimiento del presupuesto estatal destinado a la seguridad social a partir de la reforma del sector y de la modificación de la Ley General de Seguridad Social de 1997, incrementado en más de 8 veces entre 1996 y 1997. En el campo de la enfermedad y maternidad, la transferencia estatal pasó de 5% a 37%, en sustitución de las cuotas obrero-patronales.

La ayuda financiera externa recibida para salud descendió notablemente en 1995 a 4 millones de dólares con respecto a 1990 (\$493 millones) y 1991 (\$190 millones) debido a la ausencia de grandes proyectos con bancos de crédito internacionales. En 1996 se contó con un crédito del Banco Mundial de \$310 millones para cinco años, de los cuales ese año se ejecutaron 60 millones.

Las aportaciones financieras de México a organismos internacionales y a programas bilaterales de salud, en conjunto, por el contrario, han disminuido y pasaron de 25 millones de dólares en 1992 a \$8 millones cada año entre 1992 y 1995 y a 6,5 millones en 1996.¹⁹³

4.3.5 Organización

Los servicios de salud en nuestro país, como ya se contempló en este trabajo de tesis, tienen un desarrollo y estructura complejos; su integración como SNS es un proceso no terminado iniciado en las últimas décadas, donde se identifican tres componentes:

- el popular, conformado por el autocuidado que se proporciona en los hogares así como otros elementos de la sociedad no especializados.
- El tradicional en el que participan todos aquellos curanderos parteras tradicionales y remedios preparados.

¹⁹¹ Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud del capítulo de país México, de Salud en las Américas, 1998.

¹⁹² Boletín de información estadística No. 2 SNS, 1992

¹⁹³ *Ibidem* nota 191

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El institucional constituido por organismos públicos como el IMSS, ISSSTE, SSA, DIF principalmente, los que integran el llamado SNS y, los organismos privados identificados en todo el territorio nacional con muy diferentes formas y modelos de organización.

Sin embargo, la organización del SNS aún está estrechamente vinculada con las formas de producción, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el IMSS, que se financia con las contribuciones de empleados, patrones y el gobierno; los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y otros institutos como el de las fuerzas armadas, del petróleo y de la universidad nacional; un segmento de población no bien cuantificado se atiende en forma privada, y el resto (más de 40 millones de personas) en los establecimientos de la Secretaría de Salud y en el IMSS-Solidaridad. El 51% de la población tenía seguro médico (la seguridad social en la mayoría) en 1995. Unos 10 millones de habitantes no tenían acceso regular a los servicios de salud en 1995.

4.3.5 Recursos

El número de unidades médicas del Sector Público, en sus diferentes tipos (centros de salud, clínicas y hospitales se ha incrementado en forma constante desde 1990: en 1992 sumaron 14,172 de las que 13,339 fueron de primer nivel de atención.¹⁹⁴ Las unidades de consulta externa para la población abierta aumentaron de 10,443 en 1993 a 14,978 en 1997, y la red de hospitales creció de 329 a 372 en el mismo período. Los institutos de la seguridad social atienden a sus afiliados por medio de sus propias redes de servicio; las unidades de consulta externa crecieron de 3,029 en 1993 a 3,208 en 1997. La práctica de la medicina tradicional, aún no debidamente cuantificada, es muy extendida, particularmente en las zonas con alta concentración de pueblos indígenas y de medicina homeopática. Los trabajadores públicos del sector salud eran 421,581 en 1993 y 463,611 en 1997, el aumento fue de 14,5% en la atención a la población abierta y de 7,4% en las instituciones de seguridad social. Las proporciones de aumento fueron muy similares para el personal médico, de enfermería y paramédico. Sin embargo, particularmente el número de enfermeras comparado con el de médicos tuvo una razón promedio de 1.7, muy por debajo de lo necesario.

En 1996 la Secretaría de Salud informó que trabajaban en la medicina privada 110,804 personas, de las cuales 51,4% eran profesionales y 24 % personal de enfermería.

¹⁹⁴ Kumate *Op. Cit.* pp. 160.

4.3.6 Servicios

El volumen de prestaciones públicas mantiene una tendencia creciente.

Las consultas médicas totales pasaron de 160 a 190 millones entre 1993 y 1996, las hospitalizaciones de 3,6 a 3,8 millones y los servicios auxiliares de diagnóstico de 123 a 137 millones. Se registran aumentos tanto en la atención a la población abierta como en la de los afiliados a la seguridad social.

Debido a que la seguridad social y la Secretaría de Salud prestan los servicios según sus propios modelos y esquemas de atención, en la práctica se produce la superposición de coberturas en determinadas regiones y no hay criterios compartidos en los procedimientos técnicos y administrativos. Contrariamente, la situación es diferente en el campo de la información, en el que se observa la aplicación de criterios comunes y la consolidación de los datos de las distintas instituciones en estadísticas nacionales de salud.

La medicina privada creció en los últimos años. Para 1995 se calculó que la oferta privada de bienes y servicios era responsable de la mitad del gasto total en salud, 30% de las camas censables, 34% de los médicos ocupados y 32% de las consultas médicas realizadas. La cobertura de los seguros médicos privados es limitada y persiste un modelo tradicional de cobro directo por servicios prestados según una tasa de mercado. Organización de los servicios de atención a la población

4.3.7 Cobertura.- En 1996, para lograr la ampliación de cobertura, se instauró la prestación de un paquete básico de servicios de salud para la población con acceso nulo o limitado a los servicios médicos en la zona rural, que en 1997 llegó a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados de manera deficiente. En 1997 el IMSS introdujo el seguro familiar de salud para los afiliados voluntariamente mediante el pago de una cuota complementada con un aporte del Gobierno.¹⁹⁵ Es decir, según la información oficial, las instituciones públicas permiten ya el acceso a los servicios de salud a un 95% de la población total, sin embargo las limitantes del sistema derrumban esta aseveración: la capacidad de las Instituciones de SS está rebasada y los tiempos de espera con frecuencia son prolongados; el modelo de atención a la población abierta a zonas rurales establece isocronía demasiado prolongada: Una hora para servicios de primer nivel y mínimo dos horas para servicios de hospitales. Lo anterior junto con otros factores arroja al usuario a los servicios privados aun la que dispone de recursos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

económicos limitados,¹⁹⁶ y según los cálculos propios, en realidad la cobertura no sobrepasa el 60% de la población total.

4.3.8 Mortalidad y morbilidad

La tasa registrada de mortalidad general viene descendiendo y fue de 4,7 defunciones por 1.000 habitantes en 1995. El número de defunciones en 1995 fue mayor en los hombres que en las mujeres para todos los grupos de edad antes los 65 años, y menor a partir de esa edad. En 1995, el índice de sobremortalidad masculina nacional fue de 129,2 y en todos los estados este indicador superó los 100.

La tasa de mortalidad infantil registrada en 1995 fue de 17,5 por 1.000 nacidos vivos, siendo la de mortalidad neonatal precoz (menos de 7 días) de 7,7 por 1.000 y la tardía (7 a 28 días) de 2,3, mientras que la tasa de mortalidad posneonatal fue de 7,5 y la de mortalidad perinatal, de 14,5. Las autoridades de salud consideran más confiable el uso la tasa de mortalidad infantil ajustada, la cual refleja un descenso entre 1994 (26,5) y 1995 (25,9).

En 1995, la mortalidad materna registrada fue de 53 por 100.000 nacidos vivos, más alta que en 1994, cuando alcanzó a 48, y en niveles cercanos a 1990 (54). El incremento de la mortalidad materna en 1995 se atribuyó al mejor registro de las muertes a partir del uso del nuevo certificado de defunción.

En general, las causas de muerte más frecuentes siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio (69,4 muertes por 100.000 habitantes en 1995), seguidas por los tumores malignos (52,6), los accidentes (38,8) y la diabetes Mellitus (36,4).

La enfermedad cerebrovascular que ocupaba el sexto puesto en 1992 (tasa de 24,7) pasó al quinto desde 1993 (tasa de 25,5 por mil habitantes en 1995) y las afecciones originadas en el período perinatal que en 1992 ocupaban el quinto lugar pasaron al séptimo en 1995 (tasa de 22,4), mientras que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se colocaron en sexto lugar en 1995 (tasa de 23,2).

Las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, pero la diferencia entre los sexos se viene acortando. En cuanto a los tumores malignos, predominan las defunciones en mujeres, por el elevado número de muertes por tumor del cuello del útero, pero la diferencia se está reduciendo. En 1995 la tasa de mortalidad por tumores en mujeres fue

¹⁹⁵ Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud del capítulo de país México, de Salud en las Américas, 1998.

¹⁹⁶ Kumate Jesús, Gutiérrez Gonzalo, Sotelo Juan Manuel, "Sistemas Nacionales de Salud en las Américas" pp. 165 y 166.

de 54,6 y en hombres de 50,6. La tasa de mortalidad por accidentes es más elevada en los hombres que en las mujeres (60,3 y 17,6 respectivamente en 1995) mientras que la de mortalidad por diabetes Mellitus es más alta en las mujeres que en los hombres (40,4 y 32,3 respectivamente); lo mismo ocurre con las enfermedades cerebrovasculares (27,1 y 23,9).

Las infecciones respiratorias ocuparon el primer lugar en la demanda de consulta ambulatoria en 1996, con 22,5 millones de casos nuevos (tasa de 24 casos por cada 100 habitantes), seguidas por las infecciosas intestinales diarreicas, con 4 casos por 100 habitantes y la amibiasis intestinal, con 1,5 por 100. En 1995 se registraron 3.619.341 egresos de los hospitales públicos, de los cuales 65,6% eran afiliados a la seguridad social y 34,4 población no asegurada atendida en unidades de la Secretaría de Salud. El 56,6% de los egresos correspondió al grupo de 15 a 44 años, 13,8% al de 45 a 64 años, 11% a mayores de 65 años, 7,6% a menores de 1 año, 5,9% al grupo de 5 a 14 años y 5,1% al de 1 a 4 años. La mayor cantidad de egresos correspondió al sexo femenino (68,9% del total), y el promedio general de estancia fue de 4,0 días por egreso en 1995. Las principales causas de egreso hospitalario en 1995 fueron las complicaciones obstétricas directas (17% del total), el parto normal (14%), los traumatismos y envenenamientos (7,3%), las enfermedades del aparato urinario (4,7%), las enfermedades del aparato circulatorio (4,6%), las fracturas (3,2%), los abortos (3,1%) y los tumores malignos (2,7%). Los tumores más frecuentes fueron del cuello del útero con 12,1% del total, la leucemia (11,2%) y el cáncer de mama (9,4%).¹⁹⁷

4.3.9 *Perspectivas de salud*

La salud de los niños no es homogénea en todo el país, con la zona central presentando tasas de mortalidad infantil más elevadas que las zonas norte y sur. Las principales causas de muerte en los menores de 1 año siguen siendo afecciones que demuestran deficiencia en la atención, desnutrición, inaccesibilidad a los servicios de salud entre otras; así por ejemplo, en 1995 las afecciones del período perinatal tuvieron una tasa de 7,5 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1995, anomalías congénitas (2,7 por 1.000), neumonía e influenza (1,3), deficiencias de la nutrición (0,5) y accidentes (0,5). La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1988, última disponible, señaló que 41,9% de los menores de 5 años aún presentaban algún tipo de desnutrición.

¹⁹⁷ *Ibidem* 191

La drogadicción es creciente y afecta a población muy valiosa y a la vez vulnerable como lo es el de un varón de 15 a 19 años de edad, soltero y con baja escolaridad, la marihuana y los inhalantes son las drogas más recurrentes en adolescentes, y que su consumo alcanzó a 4% en los últimos años.

La salud del adulto sigue reflejando la transición epidemiológica de morbi-mortalidad hacia las patologías crónico degenerativas en aumento que demandan un mayor uso de recursos, así como de deficiencias en la atención en otros casos:

En 1995 la enfermedad cardiovascular registró 63.609 defunciones (69,4 por 100.000). La diabetes Mellitus registró 33.316 defunciones en 1995 (36,4 por 100.000) y las muertes por cirrosis hepática 21.245 (23,2 por 100.000).

Los tumores malignos ocupan el segundo lugar en la mortalidad general; la tasa de mortalidad por esta causa aumentó 4% entre 1992 y 1995 (52,6 defunciones por 100.000 habitantes); las complicaciones del embarazo siguieron teniendo relevancia al ser la causa más frecuente de egreso hospitalario en la población de 15 a 44 años de edad por parto y el puerperio, que representaron 60% del total, lo cual revela la falta de control del crecimiento de la natalidad; La proporción de personas mayores de 65 años entre las hospitalizaciones aumentó en forma sostenida, pasando de 7,2% del total de egresos del sistema público en 1991 a 11,0% en 1995.

66% de la población urbana entre 12 y 65 años consume alcohol (77,2% de los hombres y 57,5% de las mujeres).

Hay subregistro en las enfermedades de transmisión sexual y no permite tomar la dimensión del problema y replanear algunos programas preventivos.

4.4 CHILE

Se ha caracterizado por su lucha reivindicativa lo que ha desencadenado en la constante búsqueda para satisfacer diferentes niveles de exigencia social. Con una reforma constante de sus instituciones. Es por ello que se ha mantenido en una posición de avanzada en sus reformas entre las que figura la de la salud. Así se creó el servicio nacional de salud en los años cincuenta y las actuales reformas en la entrega de los servicios.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Kumate *Op. Cit.*, pp. 69

4.4.1 Semblanza socioeconómica y política

Al asenso de una democratización civil posterior a cuatro años de redemocratización, la actividad económica continúa en expansión, observándose estabilidad en todos los indicadores más importantes y con una política neoliberal y de apertura de los mercados con el exterior. Con ello, el crecimiento económico llegó a representar para 1992 el 9,5%, el más alto en AL con su mejor desempeño en los últimos treinta años; se continuó reduciendo la deuda externa de 18.775 millones de dólares para el mismo año con una balanza de pagos positiva; el intercambio comercial tendió en esos años al equilibrio, así como las finanzas públicas y se llegó a una reducción de la inflación en 1993 que fue estimada en 13,0%¹⁹⁹. Sin embargo, según las encuestas CACEN²⁰⁰, el 40 por ciento de la población continuó viviendo por debajo de la línea de pobreza y 13,8% del total siguió en condiciones de pobreza extrema o indigencia, indicadores que se estimaron en 1987 de 44 y 18 por ciento respectivamente, con grandes diferencias según región. El desempleo que era de 12 por ciento en 1985 y evolucionó a 5% en 1990, para 1991 se situó en 4,8 %.²⁰¹

En 1992, su población alcanzó 13 millones de habitantes con constante migración con cambios en la estructura por edad como lo es el envejecimiento dada la reducción de la fecundidad y la mortalidad con marcada desaceleración del ritmo de crecimiento.

4.4.2 Conformación del Sistema de salud

Desde la primera mitad del siglo XX los servicios de salud se encontraban ya bajo la tutela de varias instituciones públicas y privadas pero con fuertes hitos que dieron origen al actual sistema nacional de salud. El gobierno civil se propuso desde sus inicios, además de mantener y ampliar el crecimiento de la economía nacional, prestar una justa atención a los sectores sociales evidentemente postergados. Se analizó cuidadosamente la situación del sector a fin de facilitar el acceso a toda la población, corregir insuficiencias de infraestructura, mejorar la calidad del medio ambiente e incrementar la equidad, la eficiencia social y la eficacia mediante una amplia planificación estratégica, teniendo como marco la Constitución Política de 1980.²⁰²

¹⁹⁹ "La Región América Latina en Cifras" Revista América Económica No. Esp. 1993-1994; pp. 148 y 149.

²⁰⁰ CACEN son las Encuestas de caracterización socioeconómica nacional

²⁰¹ Kumate *Op. Cit.* pp 70.

²⁰² Organización Panamericana de la Salud/organización Mundial de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1994 Chile*, 1993

4.4.3 Políticas y planes nacionales de salud

De acuerdo con la Constitución de 1980, que sigue vigente, la salud sigue siendo un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

4.4.4 Organización institucional

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones de 1980 en adelante, en dos sentidos principales: la creación de una instancia gestora de financiamiento de naturaleza privada, esto es, las instituciones de salud provisional (ISAPRE), y el traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal. Estos cambios han ido acompañados por la descentralización de la gestión de las acciones a los servicios regionales de salud (28 a comienzos de 1997).

El subsector público está constituido actualmente por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud, 28 servicios regionales de salud distribuidos en el país, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de las ISAPRE, todos descentralizados. Se pueden incorporar también las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal.

En cada región, el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Los 28 servicios de salud, a los que se agrega uno especializado (el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente), brindan asistencia médica y sanitaria a la población de una determinada zona geográfica por medio de sus establecimientos y unidades de atención. El personal del sector público está compuesto por 68.400 funcionarios del SNSS y 16.500 funcionarios municipales de salud dedicados a la atención primaria.

El proceso de reforma del sector requiere una extensa adaptación del cuerpo legal. Los principales proyectos en curso son el proyecto de ley de remuneración profesional y estímulos, una serie de

proyectos en el marco del esfuerzo legislativo hacia la descentralización: la nueva ley médica, que trata de las condiciones de trabajo y remuneración de médicos, dentistas y farmacéuticos; proyectos de ley para regular los aspectos relacionados con la bioética. Como grandes cuestiones pendientes se encuentra una legislación ambiental, donde se defina claramente el papel del sector salud y la ampliación de la ley de medicamentos en lo relacionado con su producción y comercialización.

El proceso de descentralización de los servicios tiene su marco legal en las reformas de 1980.

4.4.5 Financiamiento:

La población se encuentra cubierta por los 28 servicios regionales de salud que poseen autonomía financiera, presupuestaria y de acción, y que constituyen el centro de gravedad del sistema de salud chileno. La atención primaria está delegada en los municipios que coordinan sus acciones con los servicios regionales. Estos y los municipalizados tienen autonomía financiera y son financiados por el FONASA o por la vía de las 21 ISAPRE, a las que venden servicios; es decir, manejan el sector privado. El Fondo Nacional de Salud, es quien recauda, administra y distribuye los fondos de inversión de capital para el sector. Para su inversión se basan en el criterio de costo efectividad principalmente. Su organización es por medio de concurso de subsectores Público y privado y el ministerio de salud es la entidad rectora.

Prevalece prioritariamente, el financiamiento fiscal proveniente del presupuesto nacional y las asignaciones de las municipalidades debiendo considerarse las aportaciones de instituciones del Estado dentro de su presupuesto para actividades de salud.

Una fuente importante de recursos financieros, es la cotización obligatoria del 7% de su ingreso que hace el trabajador activo pensionado, siendo optativa su canalización a las ISAPRES o al FONASA, el que puede hacer un aporte adicional para la obtención de un mejor plan de salud. Se puede incluir también un pago directo por prestaciones y el copago de bienes y servicios por medio de aranceles fijados con las ISAPRES o el FONASA.

En el caso de las mutuales de empleadores, el financiamiento establecido equivale a una cotización básica del 0.9% del salario imponible mas un valor adicional relacionado con el riesgo de la empresa. Su administración y ejercicio es independiente siendo hecha la entrega de los servicios en sus propias unidades.

El mercado chileno de medicamentos representa cerca de US\$ 400 millones anuales, de los cuales cerca de la mitad se produce en laboratorios nacionales y la otra mitad, en laboratorios de origen internacional. El registro de medicamentos se realiza en el Instituto de Salud Pública según la legislación recién actualizada (marzo de 1997). La fiscalización la ejercen los servicios regionales de salud, y los análisis correspondientes los realiza el Instituto de Salud Pública.

El gasto Público en Salud como porcentaje del PIB observa una tendencia descendiente de 1980 a 1990, 2,6% a 2,3% respectivamente y apenas para 1992 logró superar la participación referida al primer año con 2,7%. La evolución del gasto público en el sector y su per cápita también acompañaron la crisis. Así tendieron a disminuir o a mantenerse estacionarios, hasta que registran incremento en 1988, estabilizándose hasta 1990 e incrementándose de manera ostensible a partir de 1991. El incremento observado de 1989 a 1992 fue mayor para el Sector Público que para el Privado.²⁰³

CUADRO 1
CHILE Y SU GASTO PUBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE
DEL PIB PERIODO 1990-1992

años	Monto en %	Variación porcentual
1990	3.74	
1991	4.05	0.31
1992	4.41	0.36
2001	7.0	2.59
tcp	48.27	

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud Chileno y el informe OMS Las condiciones de salud en las Américas, Chile, 1998 Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

El gasto total en salud en 1997 se estimó en US\$ 3.600 millones, de los cuales el subsector público ejecutó unos US\$ 2.020 millones. El gasto total como proporción del producto interno bruto (PIB) se estimó para 1997 en 5,02%; 2,13% correspondió al gasto privado. Del gasto público, 10,2% correspondió a gastos directos de las municipalidades. En los últimos cinco años la proporción del PIB destinada a salud creció 15,1%. El componente público aumentó 5,7% en el período (desde 2,96% en 1993) y el privado, 36,5% (desde 1,56% en 1993). En 1994, 46,8% del gasto público correspondía a aportes

²⁰³ Ibidem pp. 84-86

fiscales, el resto, a la contribución de 7% de los ingresos de los trabajadores. Con respecto al gasto público y privado en servicios preventivos, el SNSS ha gastado en 1995 un total de US\$ 183,17 por beneficiario. El mismo gasto para el sistema privado fue de US\$ 212,69 en el caso de las ISAPRE abiertas y de US\$ 431,88 en el de las ISAPRE cerradas. De los gastos del subsector público, modalidad institucional, 11,99% se destinó a la atención primaria.

El presupuesto público de salud de 1997 está formado por las contribuciones de los trabajadores (33%), el aporte fiscal (48%), los ingresos de operación (8%), otros ingresos (9%) y endeudamiento (2%). De los recursos públicos para salud, 10,2% corresponde a los aportes fiscales municipales. En 1996 las inversiones en el sector alcanzaron los US\$ 112 millones, lo que representa 6,3% del total del gasto público en el sector.²⁰⁴

Sin embargo, el Gasto Público nunca ha llegado a alcanzar los incrementos obtenidos por el producto que han superado como una constante el 5%.

En el período 1994-1995 Chile contó con recursos extrasectoriales provenientes de créditos otorgados por el Banco Mundial por US\$ 3,3 millones para recuperación hospitalaria y rehabilitación; US\$ 23,9 millones para unidades de emergencia en la región metropolitana; US\$ 3,5 millones para proyectos de desarrollo institucional y US\$ 86,5 millones para invertir en ocho servicios regionales de salud. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) concedió un crédito de US\$ 70 millones para un proyecto de racionalización (funcional y física) de servicios regionales. El Gobierno de Alemania otorgó un préstamo de US\$ 31,75 millones para rehabilitación hospitalaria.²⁰⁵

4.4.6 Recursos físicos y humanos

En 1991, en el indicador camas censables, alcanzó 3,2 por 1000 habitantes perteneciendo el 75% al subsector público en sus 180 hospitales, aunque el subsector privado ha venido creciendo en un 400% en sus 210 hospitales y 36 centros especializados, mientras que el Subsector público SNSS descendió un poco: por lo cual se extendió un programa de ampliación y recuperación de la capacidad física instalada con financiamiento externo multi bilateral estando además en marcha una estrategia de descentralización de la gestión técnica y administrativa.²⁰⁶

²⁰⁴ Organización Panamericana de la Salud/organización Mundial de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, Chile, 1998*, Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

²⁰⁵ *Ibidem* nota al pie 198.

²⁰⁶ Kumate *Op. Cit.* pp 80.

Con el mejor desempeño de los recursos humanos, se intenta fortalecer la capacidad general y se recompensa adecuadamente la eficiencia y la participación del personal a través del ministerio de Salud con Concursos de profesionales médicos y otros.

ISAPRE cuentan con servicios ambulatorios especialmente para atención primaria, pero en general no para atención hospitalaria.

Según el Colegio Médico, para 1991 existían en Chile 11 médicos para cada mil habitantes, de los que solo 8.7 por diez mil ejercen su profesión, 82% en las instituciones y el resto, particularmente donde el 62% es del SNSS. Se encuentran con déficit en el sistema, las enfermeras y matronas y "matronas". En 1996, existieron suficientes trabajadores de la salud, a excepción de algunas especialidades como: anestesiología, especialidades relacionadas con procedimientos, oncología y neuropsiquiatría infantil. El país sigue con una dotación baja de enfermeros y se observa una importante concentración de estos profesionales en la región metropolitana.

4.4.7 La cobertura estimada para Sector Público y Privado es del 80% y a su interior se encuentran organizados en tres niveles de atención según nivel de complejidad.²⁰⁷

De 35,3% de la población que declara atenderse en el sector privado de salud 23,7% está cubierto por las ISAPRE, 2,7% por los sistemas de las Fuerzas Armadas, 0,9% por otros sistemas y 8,0% declara atenderse con recursos particulares.

En 1995 egresaron 1,4 millones de pacientes de todos los establecimientos con servicio de hospitalización del país. El SNSS produjo 1.064.000 egresos, con un rendimiento de 33,7 egresos por cama. En el sector privado la proporción fue de 32,1 egresos por cama. En 1996 el SNSS produjo 116,2 egresos por 1.000 beneficiarios, las ISAPRE abiertas, 86,4 egresos por 1.000 beneficiarios y las cerradas, 139,8 egresos por 1.000 beneficiarios. La tasa de internación (cociente egresos: consultas) fue de 4,58% en el SNSS, 2,50 % en las ISAPRE cerradas y 2,76% en las ISAPRE abiertas.²⁰⁸

4.4.8 Situación de salud

La evolución de los principales indicadores de salud ha sido satisfactoria:

²⁰⁷ Kumate *Op. Cit.* pp. 74

²⁰⁸ OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, Chile, 1998*. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

CUADRO 2
PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD DE CHILE

AÑOS	Gasto en salud como porcentaje del PIB	Mortalidad general (tasa por cada mil)	Mortalidad Infantil (tasa por cada mil)	Esperanza de vida (años)
1992		5.6	14.6	72
2000	7.0	nd	10.1	75.5

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS vertidos en su Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud del capítulo de país de Salud en las Américas, 1998; y datos obtenidos en el libro "Sistemas nacionales de salud en las Américas" pp. 71 y 72.

Nd= no disponible

La mortalidad general descendió de 6.6 a 5.6 por mil habitantes entre los años 1981 a 1991 en todos los grupos etáreos mas manifiesta en los grupos de cero a cinco años, y es que la mortalidad infantil se registró en 14.6 por cada mil nacidos vivos para 1992. Con ello aumentó la esperanza de vida que para el mismo año 1992 se situó en 72 años.

En los grupos de menores de un año hubo un aumento progresivo de la tasa de mortalidad en las comunas más pobres situadas en el sur del país. En los otros grupos de edad, se observó mayor riesgo de muerte para las más pobres.

Las principales causa de mortalidad de 1991 fueron las enfermedades de aparato circulatorio, seguidas de los tumores malignos, los traumatismos, accidentes y violencias y las enfermedades de origen respiratorio y digestivo de origen infecto-contagioso. Las causas de origen isquémico observan un descenso según los estratos de pobreza. Los tumores malignos presentaron una relación inversa con el índice de pobreza.

Las muertes ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias y las asociadas a causas perinatales han ido en descenso pero con una participación de 3.2 y 2.2 por ciento de la mortalidad general con relación directa al índice de pobreza y lo mismo ocurre para las respiratorias y digestivas dependiendo de su origen.²⁰⁹

Enfermedades como la DMD y cardiopatías son desde hace varios años las que más contribuyen a la mortalidad adulta de los chilenos. Más de la cuarta parte de todas las defunciones se deben a ellas (20.922 casos, que corresponden a 27,7% del total de defunciones de 1994, con una tasa específica de

²⁰⁹ Ibidem pp. 75 y 76

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

149,5 por 100.000 habitantes). Destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular. Según la información de los pacientes hospitalizados, las enfermedades cardiovasculares generaron una tasa de hospitalización de 5,2 por 1.000 habitantes en la población general en 1991, lo que representó un aumento de 35% con respecto a 1975. Las enfermedades isquémicas del corazón (CIE-9, 410-414) son las de mayor trascendencia en la mortalidad. El infarto del Miocardio (CIE-9, 410) por sí solo explica 25,9% de las muertes del país en este grupo.

La tendencia de la tasa general de mortalidad por esta causa ha sido ascendente en la última década. En 1980 la tasa de mortalidad por tumores malignos fue de 101,6 por 100.000 habitantes, tasa que ascendió a 104,3 por 100.000 en 1987 y alcanzó a 115,7 en 1994. En 1995, los tumores malignos representaron la segunda causa de muerte del país, con 16.429 defunciones (20,7%). Las cinco localizaciones principales fueron: estómago (16,7%), tráquea, bronquios y pulmón (10,4%), vesícula y vías biliares (10%), próstata (6,4%), mama (5,7%) y cuello del útero (4,5%).

En 1994 se notificaron 10.293 casos de cáncer (73,4 por 100.000 habitantes). Los más frecuentes en mujeres fueron el de cuello del útero (25,6% del total de cánceres notificados en mujeres), el de mama (15,8%) y el de piel (8,7%), y en hombres, el cáncer de estómago (20,5% del total de cánceres masculinos), el de próstata (12,2%) y el de pulmón (10,1%). La razón de notificación hombre/mujer fue de 0,68.

En 1991, la tasa de mortalidad por traumatismos, envenenamientos y violencia fue de 69,1 por 100.000 habitantes, mientras que en 1994 fue de 63,6 por 100.000. Los accidentes y la violencia han ido adquiriendo un lugar cada vez más importante, tanto como causa de muerte como de morbilidad. El 84,8% de las muertes ocurre en personas menores de 65 años (para las otras causas este porcentaje es de 44,5%) y 16,5%, en menores de 15 años. La contribución de este grupo a la mortalidad osciló en el último decenio entre 11% y 12% (11,8% en 1994). El 38% de las muertes por causas violentas se debe a accidentes de todo tipo. La mortalidad específica por cirrosis hepática fue de 20,8 por 100.000 habitantes en 1994, una de las tasas más altas de la Región.²¹⁰

Con relación a la morbilidad, la obesidad afecta más a las mujeres, con cifras entre 22,7% y 25,0%, que a los varones (13,0% y 17,6%) y según nivel socioeconómico ligadas al sexo, vale decir, es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo y en varones de nivel socioeconómico alto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La prevalencia de diabetes se sitúa entre 3,0% y 5,6%, según diversos estudios realizados en la población general. La diabetes aumenta significativamente como causa primaria de hospitalización, además de ser una frecuente enfermedad asociada. En 1990 fueron internadas 11,650 personas por diabetes Mellitus, lo que correspondió a una tasa de hospitalización general de 8,84 por 10,000 habitantes y de 35,8 por 10,000 habitantes de 45 años y más. Los problemas de salud mental han mostrado un aumento significativo en los últimos años. El 5,6% de las licencias médicas otorgadas por el Fondo Nacional de Salud corresponde a neurosis. En relación con el alcoholismo, se estima que en la actualidad 20% de las personas pueden ser clasificadas como bebedores-problema, 15% sin dependencia y 5% con dependencia alcohólica. El alcoholismo es más frecuente en los hombres y entre los que están cesantes o solo disponen de un empleo ocasional. Constituye la octava causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA: 53.498, con 3,02%). El alcoholismo se asocia con 38% de los egresos hospitalarios. Es responsable de 4,5% de los egresos hospitalarios, de 7% de las muertes como causa principal. La prevalencia estimada de caries en la población del país supera al 90%. El 34% de los preescolares presentan caries.²¹¹

En la atención primaria, tanto el Ministerio como los servicios de salud, crearon departamentos a fin de viabilizar la estrategia involucrando a la comunidad en sus acciones fundamentales. A partir de ello, la cobertura de partos institucionales superó el 99%, el programa de inmunizaciones ha prevalecido durante los años noventa con coberturas que superaron el 95%.²¹²

Chile está realizando un esfuerzo significativo en lo que se refiere a actividades de promoción de la salud. Las principales acciones se vinculan con la organización de consejos de desarrollo (consejos de participación comunitaria) en el ámbito de servicios y de establecimientos básicos y hospitalarios. En 1995 funcionaban 40 consejos de desarrollo y a fines de 1996 ya había 111.

Las acciones de prevención y control se realizan en los servicios primarios municipalizados y en los servicios regionales de salud. El resultado de esas actividades se refleja en las cifras: más de 95% de cobertura de inmunización, 99,5% de atención del parto y tasas de mortalidad infantil de 12,0 por 1.000 nacidos vivos.

²¹⁰ OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, Chile, 1998* Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud..

²¹¹ *Ibidem*

²¹² Kumate *Op. Cit.* pp.82

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los servicios regionales de salud realizan la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles mediante diversas estrategias de intervención que consideran la participación de epidemiólogos para el control de brotes y el monitoreo de la situación.²¹³

A pesar de los esfuerzos del sistema de salud Chileno, aún existe población en condiciones de dispersión de difícil acceso a los servicios de salud ya sea geográfico o cultural étnico que mantiene en condiciones de relativo aislamiento. En éstos, el gobierno ha venido desarrollando algunas medidas como gratuidad, ampliación de los consultorios, unidades móviles, extensión de horarios y otras.

4.5 CANADA

4.5.1 *Semblanza socioeconómica política y demográfica.*

Canadá, con 10 millones de km², es el país más extenso del Hemisferio Occidental. Es una confederación regida por un Gobierno nacional, 10 gobiernos provinciales y dos territoriales. Entre 1994 y 1997 el Canadá ha figurado en el primer lugar en el índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas. Se considera que 99% de la población está alfabetizada y el nivel de educación continúa aumentando. Este país, es miembro de la Comunidad Británica, se gobierna parlamentariamente, oficialmente es bilingüe y opera descentralizado en 10 provincias y dos territorios.

Desde 1992 la economía se ha expandido con un ritmo moderado. El producto interno bruto (PIB) per cápita de 1995 fue de 26.184 dólares canadienses. El gasto en salud per cápita llegó a Can\$ 2.510 en 1996. Esta cifra representó 9,5% del PIB, inferior al máximo de 10,2% alcanzado en 1992.

Al 1 de julio de 1996, vivían en el Canadá 29.963.000 personas, 9,7% más que en 1991. La tasa de crecimiento poblacional 1995-96 fue 1,2%, inferior a la media anual de 1,7% del período 1991-95. Desde 1970, el número de personas de 65 años y más se ha duplicado (de 1,7 a 3,5 millones), siendo actualmente 12,2 % de la población. La mayor parte de la población se concentra en dos provincias: Ontario (37%) y Quebec (25%); En la actualidad, 61% de la población vive en zonas metropolitanas; el resto reside en pequeños centros urbanos. La población canadiense ha crecido considerablemente desde 1970 por dos razones principales: la inmigración y los nuevos nacimientos.²¹⁴

²¹³ OMS/OPS *Las condiciones de salud en las Américas, Chile, 1998* Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud..

²¹⁴ OMS/OPS *Las condiciones de salud en las Américas Canadá, 1998* Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud

A pesar de su origen sajón e individualista, la determinación de mantener su identidad nacional y de la necesidad de un modelo de atención a la salud adecuado a sus necesidades y recursos, diferente a EUA, sirvieron de base para innovar su Sistema de salud ya desde 1914.

Lo que se conoce en el país como Medicare está formado por 12 planes de salud interconectados cuya administración de las provincias y territorios. Sus dos elementos principales son el programa de seguro hospitalario y el de atención médica. La Ley sobre Seguro Hospitalario y Servicios de Diagnóstico, promulgada en 1957, llevó a todas las provincias y territorios a ofrecer a sus residentes una cobertura completa de asistencia hospitalaria en 1961. Luego, en 1968, se promulgó la Ley Federal sobre Atención Médica y ya en 1972 todos los planes de atención de salud provinciales y territoriales aseguraban también los servicios de los médicos. La Ley sobre Salud del Canadá de 1984 consolidó la legislación previa sobre seguro hospitalario y médico, y aclaró las normas nacionales generales a que deben ceñirse los planes provinciales para que puedan recibir fondos federales.

En 1994 el Gobierno Federal creó el Foro Nacional de la Salud, para asesorarlo en la mejora del sistema de atención de salud y la salud de la población canadiense. En 1997 el Foro publicó su Informe Final, en el que destacó la importancia de los factores determinantes de la salud en el diseño de las estrategias para mejorar el estado de salud de la población.²¹⁵

4.5.2 Políticas y planes nacionales de salud

Desde 1961 la política es ofrecer a los canadienses cobertura completa. En agosto de 1995 el Gobierno federal adoptó una nueva política sobre el derecho inherente de las comunidades de las Primeras Naciones a autogobernarse; de conformidad con ella, los gobiernos y las instituciones de estas comunidades adquirieron competencia o facultades para actuar en una serie de esferas, incluida la salud. Hasta ahora no se ha alcanzado consenso de los componentes esenciales de la política o del proceso de ejecución.²¹⁶ Sin embargo, actualmente, el Sistema Nacional de Salud en Canadá, es la aproximación más cercana al ideal imaginado propuesto por los usuarios, los médicos y cualquier gobierno. Considera cinco principios torales:

- Cobertura universal
- Servicios integrales
- Acceso razonable

²¹⁵ Ibidem .

²¹⁶ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Vigencia itinerante intra e interprovincial y
- Control estatal de los seguros médicos.²¹⁷

4.5.3 Organización y estructura:

El usuario elige libremente al médico sin costo extra por el médico tratante desde 1984; el sistema es operado descentralizadamente por las diez provincias y dos territorios; no hay incentivos para el ejercicio privado, el costo es aceptable a usuarios y al gobierno, el público y los médicos están satisfechos. La alternancia en el poder no ha modificado el sistema. En la práctica, sus resultados son mas que satisfactorios desde su adopción nacional en 1961 a 1986. Habida cuenta que al término de la segunda guerra mundial el sistema de salud era similar al norteamericano, en tan poco tiempo ha logrado una sorprendente transformación radical racional y exitosa respecto a sus vecinos.

Canadá ha desarrollado instancias para la prestación de los servicios de salud para reducir la demanda de internamiento hospitalario sin afectar la calidad de las acciones médicas o paramédicas necesarias como:

Atención domiciliaria.- donde se da atención a pacientes que no necesitan la infraestructura hospitalaria.

Hospital extramuros.- los pacientes en su domicilio reciben los servicios hospitalarios mediante personal necesario con equipo portátil bajo la responsabilidad del hospital sede.

Clínicas médico quirúrgicas.- En instalaciones híbridas entre el 1er nivel y un hospital general de zona se realizan intervenciones de complejidad intermedia como la extracción de cataratas y cirugía de corta estancia.

Hospitales de día.- para terapias grupales o exámenes de gabinete para pacientes no internados.

Los servicios incluso rebasan los incluidos por los seguros de enfermedad mas costos.

La racionalidad operativa del sistema tiene puntos clave para su buen funcionamiento como lo son la fuente única de pago de servicios, gastos administrativos razonables, utilización máxima de instalaciones y equipos, enfoque creciente a acciones de promoción de salud, desarrollo de informática en todos los niveles, subrogación a empresas privadas, evaluación permanente por comisiones provinciales, e involucración comunitaria.²¹⁸

²¹⁷ Kumate *Op. Cit.* pp. 45

²¹⁸ Kumate *Op. Cit.* pp. 52.

4.5.4 Financiamiento

La fuente de financiamiento es mixta: provincial y federal aunque única en el desembolso a los médicos, hospitales y otras instituciones para el pago de todas las prestaciones otorgadas. Los gobiernos provinciales pagan los servicios médicos a médicos odontólogos, farmacéuticos, hospitales u otras instituciones prestadoras de atenciones incluidas en la cobertura. El financiamiento proviene de impuestos pagados por la ciudadanía, por los empleadores y una mínima parte por usuarios que pagan la medicina privada.

La aportación federal al presupuesto de salud paritario, se transformó a una subvención ajustable por el crecimiento poblacional y la inflación.

De 1961 a 1986, con base en los precios reales, el presupuesto de salud creció 221% y en 1990, entre los países de la OEDC, Canadá fue el segundo país que invirtió mas en salud con un monto de 1, 795 dólares superado solo por los EUA con 2,566 dólares.

CUADRO 3
GASTO PUBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB
CANADA PERIODO 1960-1990

años	Monto en %	Variación porcentual
1960	5.5	
1970	7.1	1.6
1975	7.2	0.1
1980	7.4	0.2
1985	8.5	1.1
1990	9.5	1.0
2001	9.3	-0.2
tcp	9.14	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos contenidos en el libro "Sistemas Nacionales de Salud en Las Américas" pp. 56

El presupuesto canadiense incluyo las aportaciones individuales de los usuarios para cubrir rubros no incluidos como: medicamentos prescritos en consulta externa y otros servicios que son aproximadamente el 22% del gasto global en salud.²¹⁹

En 1996, el Canadá gastó en atención de salud una suma estimada de 75,224 millones de dólares canadienses, que representa 9,5% del producto interno bruto (PIB); su gasto en salud per cápita fue 2.510 mdc. El gasto público representó aproximadamente 70% del gasto nacional total en salud. Las

²¹⁹ Kumate *Op. Cit.* pp. 56

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

transferencias federales representaron 22% de las erogaciones, el gasto del Gobierno federal 4%, el de las provincias 44% y el del sector privado 30%. Uno de los componentes que más contribuye a elevar el costo de la atención sanitaria es el envejecimiento de la población: en 1996, el gasto en la salud de la población de 65 años y más representó casi 40 % del gasto total. Desde abril de 1996, las transferencias federales a los gobiernos provinciales y territoriales en concepto de gastos en salud quedaron fusionadas en la Transferencia por Salud y Asistencia Social en el Canadá, que es una transferencia única, en bloque, de dinero en efectivo y de puntos de impuestos. La necesidad de contener los costos del sistema de salud ha hecho que los gastos totales en salud aumentaran tan solo 13% entre 1991 y 1996, en comparación con el incremento de 26% registrado entre 1988 y 1991.

A Canadá le alcanza para aportar para la cooperación técnica y financiera externa en materia de salud que comprende la cooperación continua con otros países por conducto de instituciones tales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. El Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) es la agencia federal encargada de administrar aproximadamente 80% de la asistencia oficial para el desarrollo. El CIDA otorga prioridad a las esferas programáticas siguientes: necesidades humanas básicas, la mujer en el desarrollo, los servicios de infraestructura, los derechos humanos, la democracia y la buena gestión pública, el desarrollo del sector privado y el medio ambiente.²²⁰

4.5.5 Recursos de salud:

Este sector, numéricamente es la tercera fuente de empleo superado solo por las manufacturas y el comercio; y es peculiar por disponer de igual manera de médicos familiares que de especialistas. En 1995, el empleo en servicios de salud (723.000 empleados y médicos, i.e., 244,2 por 10.000 hab) representó cerca de 5,5% del empleo total en el Canadá. Entre 1975 y 1995 el empleo total de personal de salud aumentó en más de 16,4%; las enfermeras representaban casi la mitad de este personal (eran 232.869, o sea 78,7 enfermeras por 10.000); el número de médicos pasó de 44.200 en 1975 a 55.006 (18,6 por 10.000) en 1995; ese año había 22.197 farmacéuticos (7,5 por 10.000) y 15.636 dentistas (5,3 por 10.000). Actualmente la oferta de médicos es excesiva, en las zonas urbanas; y hay una escasez crónica de médicos en algunas zonas rurales; en otras, la razón entre médicos generales y especialistas

²²⁰ OMS / OPS, *Op. cit.* Canadá.

es inaceptable. Las autoridades provinciales han puesto en marcha planes para controlar el número de matriculados en facultades de medicina, de médicos en ejercicio de su profesión y de estudiantes de medicina y médicos extranjeros. La distribución de las enfermeras depende casi por entero de la dispersión de los hospitales o dispensarios. Desde este punto de vista, hay una razonable su distribución en casi todo el país. Por otra parte, la oferta de enfermeras se ve atemperada por la reducción del sector a cargo de la atención de casos agudos. Los programas para enfermeras de atención directa y obstetras han encontrado renovado apoyo en todo el país. Se establecieron dos nuevos programas con el propósito de formar enfermeras de atención directa y en 1993 se puso en marcha otro de licenciatura en obstetricia, en la provincia de Ontario.²²¹

4.5.6 Resultados de salud:

Los indicadores de salud de Canadá se encuentran entre los más adelantados del mundo. Además de que la equidad es impecable, en un hospital no se distingue la clase social de los internados

De 1961 a 1986, la mortalidad infantil se redujo de 27.2 por mil nacidos vivos a 7.9. La mortalidad perinatal entre 1971 y 1981 disminuyó de 12.4 a 6.4. Las consultas médicas per cápita anuales que en 1960 eran 4.0 crecieron al 65% hasta ser 6.6 en 1987; menos que la proporción de médicos por mil habitantes de 1.2 a 2.2 entre 1961 y 1990. En este caso, el aumento en el número de consultas, sí indica extensión de la cobertura en vez de morbilidad.

En 1995 la tasa bruta de mortalidad para el país fue 7,1 por 1,000 hab.; para las comunidades de las Primeras Naciones fue 5,52 por 1,000 en 1993, más baja que la nacional (7,08 por 1,000 en 1993). La esperanza de vida ha venido incrementándose notablemente desde 1971 en ambos sexos, alcanzando en 1995 un promedio de 75,4 años para los hombres y de 81,3 años para las mujeres; ésta es mayor para las mujeres que para los hombres en todos los grupos de edad. En las Primeras Naciones, entre 1980 y 1990 la esperanza de vida aumentó en seis años para ambos sexos; en 1992 se estimó en 67,8 años (6,8 años menos que la nacional).

Las enfermedades del sistema circulatorio (que incluyen la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebrovasculares) son las principales causas de defunción en el Canadá y representan 36,3% de las muertes de hombres y 39,7% de las de mujeres, aunque su tendencia es descendente. Las tasas de mortalidad por cáncer, en conjunto, experimentan una tendencia ascendente. Otras importantes causas de defunción, en ambos sexos, son las enfermedades de las vías respiratorias y las

²²¹ Ibidem

enfermedades y otros trastornos del aparato digestivo. Las muertes provocadas por lesiones han disminuido. A diferencia de las Primeras Naciones donde las lesiones y envenenamientos siguen siendo la principal causa de defunción. En esta categoría, las tasas de mortalidad en Canadá han experimentado una mejora de 36,6% (de 243 a 174 por 100.000 entre 1979-81 y 1991-93). Las tasas brutas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y afecciones de las vías respiratorias, que ocupan el segundo y cuarto lugar entre las principales causas de defunción de estas comunidades, han disminuido menos durante este período: 11,1% y 6,5%, respectivamente. Las neoplasias ocupan el tercer lugar y su tendencia es ascendente: de 55 a 76 por 100.000 entre 1979-81 y 1991-93. La obesidad es un problema de salud emergente desde mediados de los 80, en particular entre mujeres: en 1994-95, casi un tercio de los canadienses de 18 a 74 años de edad tenía exceso de peso que representaba un probable riesgo para la salud.²²²

4.5.7 Perspectivas

Son pocos y pequeños los problemas de salud que Canadá tiene por resolver, entre ellos es la tasa de mortalidad infantil que sigue siendo 1,7 veces superior al promedio nacional; el porcentaje de niños con bajo peso al nacer (<2,500 g) que no ha disminuido desde comienzos del decenio de 1980; entre 1991 y 1995 era de casi 6,0%. La prevalencia de obesidad en niños ha aumentado en el anterior decenio de 14% a 24% en las niñas y de 18% a 26% en los niños. Al mismo tiempo, hay cerca de 2,4 millones de canadienses, de los cuales 900.000 son niños, que dependen de los establecimientos oficiales de comida para complementar su régimen de alimentación.

En el Canadá, la mortalidad atribuible al consumo de alcohol sigue siendo una importante causa de defunción, en particular entre los jóvenes. Entre 1987 y 1994, la tasa de embarazos de adolescentes aumentó en más de 20% y continúa la prevalencia en enfermedades de transmisión sexual en jóvenes como el SIDA. Las personas de 65 años y más tienen casi el triple de limitaciones de la actividad que los grupos de edad más jóvenes. Entre las causas de dolores crónicos están la migraña, la artritis, el reumatismo, la angina y las enfermedades vasculares.²²³

²²² Ibidem

²²³ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.6 ANALISIS COMPARATIVO

El objetivo de este análisis; como ya se mencionó, es mostrar con base en los resultados de salud de cada país, si se tuvo continuidad en sus políticas. Se abordaron puntos similares al desarrollo de esta tesis los cuales se creyeron pertinentes para acercarnos a la observación de la existencia de la continuidad en los Sistemas nacionales de salud de Canadá México y Chile; y según fue posible acceder a la información requerida. El cuadro cuatro muestra con mayor detalle las diferencias entre los tres países.

CUADRO 4
DIVERSOS INDICADORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE MÉXICO CHILE Y CANADÁ, AÑO 2001 Y OTROS

Variables	Chile	México	Canadá	
Población total	15,402	100,377	31,433	
Tasa de fecundidad	2.4	2.5	1.6	
Esperanza de Vida	75.5	72.8	79.4	
Tasa de alfabetización	95.7	91.0	nd	
Crecimiento medio anual del PIB	-1.1	3.5	4.6	
Pob. Bajo línea actual de pobreza	nd	12.2	nd	
Tasa bruta de mortalidad	año 1971-1972	8.6	9.0	7.4
Tasa de mortalidad infantil -1 año		10.1	14.5	5.3
Tasa de Mortalidad materna		22.7	50.6	5.3
Tasa de mortalidad por enf. Transmisibles		63.8	46.0	32.6
Tasa de mort. Por enf del aparato circulatorio		143.9	103.8	270.8
Vacunación promedio a población infantil**		95.75	93.25	*94.3
Médicos para cada 1000 habitantes año 1983		1,620	1,840	nd
Médicos para cada 1000 habitantes		13.0	15.6	22.9
Enfermeras por habitante razón x 10 000 habitantes	año 1983	3.2	5.4	64.8
Gasto Nal. En Salud por año como % del PIB		7.0	5.3	9.3
Gasto Público en Salud por año como % del Gasto Nal en Salud		54.8	47.2	74.1
Gasto Público en Salud por año como % del Gasto Nal en Salud en 1978		6.85	3.97	Nd
Gasto Público en Salud por año como % del Gasto Nal en Salud en 1980		7.37	2.37	Nd
Gasto Público en Salud por año como % del Gasto Nal en Salud en 1982		6.80	1.29	nd

Fuente: elaboración propia con base en datos del INEGI, Anuario estadístico e Histórico, y en el docto.

"Las condiciones de salud en las Américas" 1977-80, 1999

** Dato construido según los datos estadísticos de vacunación contra la poliomielitis, difteria, pertussis, tétanos y Tuberculosis de "Las condiciones de salud en las Américas" 1999.

Es evidente que México se haya en desventaja al tener el compromiso de proveer a cien millones de habitantes, independientemente de la extensión de territorio; a diferencia de Chile que solo cuenta al día de hoy con 15 y medio millones y Canadá con alrededor de 31 millones de canadienses. Es decir, dar

cobertura a un mayor volumen de personas, implícita mayor grado de dificultad en todos los ámbitos, si a ello se le aúna que nuestro país cuenta con la tasa de fecundidad más alta de estos tres países con 2.5 por ciento promedio.

Chile rebasa a México en la expectativa de vida al nacer por 2.8 años, cuenta con mayor grado de alfabetización, y en general, sus tasas de mortalidad son superiores a las de nuestro país exceptuando la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y las transmisibles; por esto solo significa que Chile va caminando más rápido hacia una evolución de enfermedades crónico degenerativas como parte de la transición epidemiológica sufrida en todo el mundo, y que sin embargo, pareciera, según estos resultados, tener mayor capacidad para resolver su demanda de salud; ya que a pesar de que México ha tenido mayor número de Médicos y enfermeras por mil habitantes, no ha sido suficiente para mejorar los valores de sus indicadores.

Las variables que son de llamar la atención, son las económicas donde crecimiento medio anual del PIB en Chile fue de -1.1 y para México fue de 3.5, lo que NO influyó para determinar el monto del Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB; es decir, Chile tuvo un monto de 7.0, superior al recomendado por la OMS y México destino a la salud 5.3 por ciento; más aún, la cantidad del Gasto Público en Salud por año como % del Gasto Nacional en Salud que Chile destinó, ha sido superior desde 1978 y en la actualidad, al de México; esto nos hace llegar a la conclusión que para tener continuidad en las políticas públicas de salud, comenzando desde el Gasto ejercido, efectivamente no es determinante el no tener un crecimiento sostenido del PIB; son diversos los factores que influyen para tener continuidad; sin embargo, las prioridades de cada nación varían según su momento histórico y entorno.

De Canadá como ya se mencionó, se concluye que efectivamente tiene una planeación ejecución y resultados ideales comparados con cualquier otra nación; sin embargo fue valioso observarlos ya que, es probablemente hacia lo que se debe de tender sin llegar a imitar fielmente su modelo de SNS, ya que tiene situaciones de desarrollo muy superiores a los demás países LA.

Otra conclusión importante, es que efectivamente, Chile como país en desarrollo, es una nación considerada modelo por sus resultados alcanzados, a pesar de los problemas que aún enfrenta. Algunas otras observaciones importantes se mencionan a continuación:

Recientemente el Gobierno Chileno ha encontrado que el tema de Salud es el segundo en el interés Público, así mismo ha identificado que hay un problema de insatisfacción en el usuario a pesar de los importantes logros en los indicadores y el éxito alcanzado en el fomento y protección a la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los dos intentos de descentralización representados por la municipalización del nivel primario de atención, y por la descentralización del segundo y tercer niveles tienen problemas; en el 1er nivel es por resistencia en los prestadores y se identifica la necesidad de fortalecer los aspectos de gestión con un programa de capacitación en servicio. En el 2º y 3er nivel, la limitante es la capacidad de gestión y la rigidez de la administración de los recursos humanos públicos.

El ISAPRES tiene deficiencias como sistema privado y parecería necesario introducir reformas legales para forzar a mejorar sus planes de salud a fin de no discriminar a los ancianos y a los pacientes crónicos. El Gobierno trabaja para introducir un modelo que comprenda una canasta básica de servicios de salud mínima universal, apoyados por la OPS/OMS.

A diferencia, Canadá ha conseguido plena operatividad de la asistencia primaria de la salud por el médico familiar, quien es la única entrada a los servicios médico-asistenciales; plena satisfacción de la población por la intervención prestada, ejercicio de la medicina con base en pago por servicio; financiamiento gubernamental a costo razonable y resultados de salud muy elevados.

La opinión de los canadienses según las encuestas de 1982 y 1984, respecto al programa nacional de salud, 80% señaló estar muy satisfechos con los servicios.

El sistema canadiense casi ha logrado simultáneamente la eficiencia macroeconómica, la satisfacción del usuario, la efectividad técnica con resultados envidiables en salud, una productividad más que aceptable, libertad de elección por los pacientes, la autonomía de los proveedores de servicios con el 9-10% del PIB para la salud, y lo más importante, el resultado de sus indicadores se encuentran entre los más adelantados del mundo.

En México, hay gran insatisfacción por el usuario de los servicios públicos, y en el servicio privado, es muy costosa la atención y pocos pueden acceder a ella, además de ser un franco negocio y al igual que el sector público, tienen carácter curativo. La descentralización aún no se ha logrado llevar a cabo según los requerimientos de la distribución poblacional y de demanda; la transición epidemiológica está aumentando mucho la demanda de servicios y llegará un momento en que no podrá cubrirla y será aún más deficiente la atención. La inversión de la pirámide de población donde los jóvenes envejecen, será un factor que aunado a la transición epidemiológica, agravará la demanda de servicios de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se proyecta además para el año 2050 en los países LA, que la relación de dependencia de la población mayor de 65 años sobre la población económicamente productiva, se incremente hasta en un 40 por ciento en algunos países latinoamericanos; esta tendencia sugiere un aumento considerable en la carga fiscal para los individuos activos laboralmente durante las próximas cinco décadas y México figura entre las naciones de mayor carga. Es por ello que en general los países latinoamericanos enfrentan un grave problema de financiamiento a futuro ha llevado implantar reformas fundamentales de los esquemas de seguridad social.

4.7 PROPUESTAS GENERALES PARA MEJORAR LOS SNS

Las medidas recomendadas que pueden adoptar los Gobiernos en el ámbito público en materia de reducción de riesgos se deben ajustar al nivel de ingresos - altos, medianos o bajos - de los países. Es decir: la propuesta es que el Sistema nacional de salud en conjunto con el Poder público, desempeñen un papel más enérgico en la formulación de políticas públicas de gestión, ejecución y de prevención de riesgos, inclusive proporcionando más apoyo a la investigación científica, mejorando los sistemas de vigilancia y favoreciendo el acceso a la información mundial; Se debe conceder máxima prioridad a la elaboración de políticas eficaces y resueltamente encaminadas a prevenir importantes riesgos que de manera creciente amenazan la salud en el mundo, como son el consumo de tabaco, las prácticas sexuales de riesgo que exponen al VIH/SIDA, y, en algunas poblaciones, la alimentación insalubre y la obesidad. Se deben hacer análisis de la relación costo-eficacia a fin de determinar qué intervenciones tienen prioridad alta, mediana y baja para prevenir o reducir los riesgos, dando la máxima prioridad a las intervenciones que son costo-eficaces y posibles de realizar. Con ello se puede hacer una mejor planeación y distribución de los recursos destinados al gasto en salud.

Se debe aumentar la colaboración intersectorial en las diferentes entidades institucionales, en los estados y municipios a fin de tener mayor coordinación entre ellos. Es importante reducir riesgos sanitarios externos como son el agua insalubre y el saneamiento deficiente o la falta de instrucción; y análogamente se debe reforzar la colaboración internacional e intersectorial para mejorar la gestión de los riesgos y aumentar la conciencia del público y su comprensión de los riesgos para la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe establecer un equilibrio entre las acciones de los poderes públicos, de la comunidad y de los individuos. Por ejemplo, la acción comunitaria debería contar con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, los grupos locales, los medios masivos de comunicación informativos y otras entidades. La comunicación debe favorecer no solo la divulgación del concepto sociocultural de la medicina, que reivindica el proceso salud- enfermedad como un todo en el ser humano, sino debe ayudar a aumentar las posibilidades del acceso cotidiano a los servicios de salud que actualmente presta el sector público.

Al mismo tiempo, conviene capacitar y estimular a la gente para que tome decisiones sanitarias positivas con miras a mejorar su vida en campos tales como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la alimentación insalubre y las prácticas sexuales de riesgo. Es decir, en general, es un trabajo en conjunto y coordinado para llegar a resultados concretos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La evolución del concepto salud-enfermedad señala que la vida humana es la síntesis de la salud y la enfermedad, por tanto, un estado absoluto no existe; es un proceso que se manifiesta en cada persona de manera individual y como parte de una realidad social. De este modo, dicho proceso también está ligado a la historia y cambia junto con los procesos económico-sociales (modos de producción) y que están en constante transformación, influyen y son influidos por el proceso salud-enfermedad del hombre.

Porce, el modelo de producción que exista, el derecho a la salud, la provisión de servicios de salud y las condiciones de auto cuidado, deben incluirse dentro de cualquier gestión Presidencial como una situación de alta prioridad en el contexto de política social vinculada a la política económica y a las necesidades de su población; La reflexión es muy profunda: aunque sea una visión capitalista, socialista o neoclásica, de cualquier punto de vista usado para analizar la salud, el ser humano es la base de todo sistema de producción y es indispensable tener un estado óptimo físico y mental para ello, independientemente del uso que se le dé al potencial de su fuerza de trabajo, es decir, se use para el progreso colectivo o de grupos seleccionados.

Siguiendo la continuidad de las políticas públicas de salud sexenales, durante el mandato del presidente Lázaro Cárdenas, aunque las necesidades y carencias en todos los sectores eran abundantes, se dió gran atención al rubro social y se iniciaron las bases legales para lo que en un futuro sería la Seguridad Social como hoy la conocemos en México y específicamente, en la salud se puso gran empeño para ampliar la cobertura, con obras públicas y acciones encaminadas al desarrollo incipiente de la salud pública. En ese sexenio, fue más congruente resolver los problemas sanitarios en conjunto con dichas obras, por el vínculo estrecho del "efecto- causa" entre ambas. En un sentido general, hubo continuidad relativa de algunas políticas, aunque no se tuviera planeación inicial. Tuvo como resultado final, mejora de la salubridad y mayor fomento a la educación sanitaria. Sin embargo, los informes presidenciales no mencionan la existencia puntual de programas específicos, metas, y políticas de acción iniciales. Se observa más bien, una fuerte inercia de acción hacia la salubridad, que de algún modo fue parcialmente eficaz en ese periodo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el presidente Manuel Ávila Camacho, el punto importante fue la continuación del proyecto del Seguro Social que contenía garantías individuales donde se incluyó la salud, teniendo como base el Instituto Mexicano del Seguro Social. Con ello, la continuidad del propósito de la cobertura, se fortaleció, así como el desempeño de algunos programas de salud pública; aunque, este nivel primer nivel enfocó su atención a la implantación de nuevos programas. Las obras públicas relacionadas con el bienestar social, como drenajes y agua potable entre otras, también se continuaron fortaleciendo. En ese año se pudo redefinir la política de asistencia social lo cual mejoró parcialmente la dirección y eficacia del actuar en la salud. Es decir, en este periodo 1940 a 1946, imperó más bien el forjar cimientos más sólidos para lograr el derecho de bienestar social de la población; la inercia en la actuación de la salubridad pública siguió imperante. Sin embargo, la continuidad se logró en los rubros más gruesos, como lo fue la misma política social pero en la finura de la ejecución que involucró por ejemplo, los programas preventivos, varió de un sexenio a otro, lo cual no permitió mejor efecto, aunque fue loable el logro de la disminución de indicadores de salud, como la mortalidad general e infantil, y aunque seguían siendo altos, reflejaron pertinencia en la ejecución.

En la presidencia de Miguel Alemán en el periodo 1946-1952, el IMSS continuó consolidándose como la institución hegemónica de impartición de seguridad social; las campañas sanitarias continuaron en toda la república mexicana, y la tónica de decisión fue según las emergencias de los brotes epidémicos y de la prevalencia de algunas enfermedades específicas como la oncocercosis; es decir, sucedió algo similar al periodo anterior. La intención social estuvo presente pero las acciones fueron dispersas y mal organizadas. Al crearse continuamente programas nuevos, y a la vez desaparecer y reaparecer con otro criterio, según el Gobierno dirigente, restó eficiencia y continuidad en el desempeño y administración de los recursos.

En el periodo de 1952 a 1958, el presidente Adolfo Ruiz continuó con la inercia de acción en salud y se enfocó esta vez hacia la niñez; los logros en campañas de vacunación fueron sustanciosos; pero ya para este sexenio, a pesar de los esfuerzos por la promoción del primer nivel de atención, que venían fomentándose en los sexenios anteriores, nuestro sistema de salud ya tenía bien delimitada su tendencia hacia lo curativo. Se magnificaron las obras públicas, y con los aún elevados indicadores de salud, resulto ser que la supuesta continuidad en prevención y promoción a la salud, fue falsa con la realidad, ya que se siguió invirtiendo mayor cantidad de recursos en los insumos de un modelo curativo que, en el de uno preventivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el mandatario Adolfo López Mateos, se continuó la ampliación de la cobertura del acceso a los servicios de salud pero esta vez en el terreno laboral; con la creación del ISSSTE, se afilió a gran número de asalariados y grupos débiles, que con la ley de este instituto, aumentaría su acceso a los servicios de salud entre otros servicios más de seguridad social.

Con el presidente Díaz Ordaz, no se perdió su tónica inercial sin embargo, hubo mejor dirección del sector salud debido en parte al crecimiento económico y la administración de su presidencia mejor organizada. Con ello, los resultados se fortalecieron y sustentó su objetivo inicial de hacer crecer a pasos agigantados la seguridad social, coincidiendo con sus antecesores de continuar el proyecto del crecimiento de los servicios de salud.

En el periodo de 1970 a 1976, con Luis Echeverría, el acceso a los servicios de salubridad, no se otorgó con mejor prontitud y justicia social, se necesitó defenderlo a través de las organizaciones sindicales de los trabajadores asalariados quienes pugnaron por mejores condiciones de trabajo que incluyeron programas de atención a la salud laboral y a sus familias. Otra contradicción relevante de la aparente continuidad, fue que la inversión en salud no equiparó al crecimiento del PIB; la política social, no demostró ser una de las principales prioridades como se seguía declarando en cada mandato. La cobertura no fue suficiente para la atención a los más vulnerables; los recursos físicos y humanos no continuaron creciendo, sino que tuvieron decremento con relación al número de habitantes en el país.

En el mandato de José López Portillo, se inicio una nueva política social: "salud para todos en el año 2000" la cual trato de aumentar la cobertura de los servicios del SNS al total de la población mexicana, sin embargo, no se cubrieron las expectativas ni este sexenio ni los subsecuentes. Es decir, esta política dictada por la OMS, no se ajusto a las condiciones y recursos de nuestro país por lo que no fue dispersa su ejecución. Este periodo 1976-82 se inicio con restricción del Gasto, y donde más se observo fue en el gasto en salud; es decir, la política del FMI no tuvo continuidad con relación a la política de "alma ata" para el logro de salubridad en el año 2000. En ningún año de este sexenio, se alcanzó el 1.5 por ciento del Gasto Publico Salud, a pesar de haber tenido menos fluctuaciones que el periodo anterior, pero se alcanzó por lo menos el 1.8 en su primer año.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tampoco se encontró relación del crecimiento del PIB con respecto al monto destinado al gasto: a pesar de que hubo un crecimiento sostenido en el PIB nacional, el segundo no tuvo relación con aquel en la magnitud de su crecimiento; al contrario, fue en decremento. La continuidad no fue la cualidad que caracterizó este Gobierno, ya que la escasez del Gasto no permitió desarrollo en términos de reducir la desigualdad, ni grandes cambios en las estructuras de las instituciones y sus planes, tampoco permitió continuar creciendo en la infraestructura de unidades medicas que en conjunto, pudieran sustentar declaraciones de logros en el mejoramiento de la salud de los individuos y por ende, del bienestar social. La política de reorganización y modernización administrativa del sector salud iniciada, con el objetivo de descentralizar los servicios y tener mejor coordinación sectorial, no tuvo los resultados esperados debido al gran crecimiento del aparato administrativo.

La ampliación de la cobertura al inicio del sexenio tuvo continuidad pero la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones en salud, conllevó a la superposición de coberturas de atención a la población en algunas regiones y ocasionó carencias en otras. Ya para 1982, por la contracción de las actividades económicas, no continuó creciendo e hizo que permaneciera prácticamente estático el número de población derechohabiente afiliada a todas las instituciones de salud públicas, del Régimen de Seguridad Social.

El comportamiento de los indicadores de salud mostró algunos resultados favorables consecuentes a lo continuo de algunos aspectos del sector salud; la mortalidad general e infantil mantuvieron su tendencia decreciente aunque la segunda aun seguía siendo mayor que la general, hasta en 50 puntos porcentuales; y algunos servicios como la consulta externa, se contrajeron lo cual disminuyó la oportunidad de atención oportuna en la consulta externa.

Con el presente Miguel de la Madrid se inició un nuevo periodo de gestión presidencial al presentar por vez primera el Plan Nacional de Desarrollo donde se destacaron las carencias en materia de alimentación, vivienda y servicios sanitarios, así como la descoordinación e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud. La continuidad de las políticas públicas de salud intentó tomar un nuevo rumbo al legitimar la participación social además de elevar a rango constitucional el "Derecho a la protección de la salud." Sin embargo, las políticas monetaristas de corte restrictivo plasmadas en el PIRE consecuentes a la crisis económica, fueron contrarias a los requerimientos de la población y lo ampliamente planeado por el SNS.

Con ello, se tuvieron tasas de gasto público en salud decrecientes en todo el sexenio, y la política estratégica fue la racionalidad de los recursos y la reordenación de algunas instituciones como la fusión del DIF para descentralizarlas; pero tales políticas fueron excesivas y ocasionó mayor deficiencia en el Sistema Nacional de Salud. El acceso a los recursos físicos, perdió continuidad al disminuir los indicadores de camas censables y unidades médicas, consecuencia de la aplicación de la racionalidad de recursos, que disminuyó el derecho a acceder a la atención médica y, aunado al modelo curativo cada vez mas demandante de los servicios de segundo nivel para la atención de los pacientes, ocasionado por un alta tasa de morbilidad medida en ingresos hospitalarios, que llegó al 40 por ciento promedio para ese periodo 1982 - 1988. Solo la política de manejo de los recursos humanos demostró continuidad; presentó una tasa de disponibilidad de médicos y enfermeras mayor que los periodos anteriores, aunque también, con deficiencias en la calidad y calidez de atención. Todas estas situaciones engrosaron en conjunto, la cantidad de demandas por atención inadecuada en los hospitales públicos que hasta nuestros días continúa. El resultado de los indicadores de salud para ese mandato, muestran en conjunto la discontinuidad de las políticas y la inercialidad en la ejecución; la esperanza de vida se estancó en un crecimiento de 0.6 por ciento, y de igual forma para los siguientes dos periodos. La mortalidad general e infantil disminuyeron lento aunque favorablemente, sin embargo, las consultas otorgadas por cada 100 mil habitantes crecieron mas que en ningún otro sexenio de los analizados en este trabajo, lo cual, en un país con un modelo de corte curativo, se puede interpretar en parte como un aumento de la morbilidad en la población producto de las deficiencias del sistema en promoción y atención a la salud; aunque también tuvo su impacto positivo, al ser en este sexenio, cuando la tasa de egresos hospitalarios fue la mas baja.

En este sexenio ya se había iniciado la política de descentralización de los servicios para mejor distribución de los beneficios del SNS, lo cual no tendría mucho eco en los siguientes dos sexenios, debido a que implicaba inversión en capital fijo de unidades médicas en diversos estados de la República. Así que la continuidad de esta política fue y continúa siendo parcial.

En el Gobierno de Carlos Salinas, se rompe con la continuidad de la mayoría de las políticas Públicas que afectaron también el desempeño del Sector salud ya que desde su inicio anunció la modernización basada en la apertura comercial, y contrariamente también declaró su intención de darle prioridad a las demandas sociales de la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, se rompió con la política de legitimar el Plan Nacional, al no haber participación ciudadana concreta. Según lo planeado para el sector salud referente a descentralización de los servicios, mejoramiento de la atención y la atenuación de las desigualdades sociales; ninguna acción tomada para su cumplimiento fue sustentable para lograrlo, así que las políticas se quedaron escritas sin concretarse: en el rubro del nivel de la calidad de la atención, entre otras acciones similares, se lanzó una intensa campaña de concientización para lograr calidad, pero no se aumentó el recurso humano, al contrario, disminuyó con respecto al periodo anterior. La cobertura presentó una tasa de marginalidad decreciente menor al sexenio previo que dispersó la continuidad inercial que, por lo menos en este aspecto había tenido el SNS a pesar de que solo alcanzaba el 56 por ciento promedio del total de la población, además de las ineficiencias del sistema.

Las unidades médicas crecieron con respecto del año anterior sin embargo no lograron descentralizarse ni cubrir la demanda total.

En las variables económicas analizadas de su mandato, se observó un comportamiento totalmente dispar entre el crecimiento del PIB con relación al gasto público en salud, mientras el primero presentó crecimiento, el segundo fue decreciendo.

Los indicadores de salud muestran que este sexenio presentó la tasa de morbilidad más alta, y el menor número de consultas otorgadas, con relación al periodo de EZP y MMH; la mortalidad general e infantil disminuyeron más lento que el sexenio anterior, la esperanza de vida aumentó en menor proporción al mandato de MMH; es decir, todos estos resultados nos muestran que al momento de romper con las políticas sociales donde el papel rector del Estado fue desplazado por la apertura comercial de forma abrupta, la continuidad se dispersó y se vio reflejado en un impacto negativo en el nivel de salud del individuo y de los servicios otorgados del SNS.

En el Gobierno del presidente Ernesto Zedillo, fue igual la discordancia entre el crecimiento del PIB real con relación al gasto público destinado a la salud: como en el Salinismo, mientras el PIB creció, el gasto en salud disminuyó su monto en 7 puntos promedio. Sin embargo, los recursos físicos como las unidades médicas, el número de médicos y de enfermeras aumentó, esto significó que la continuidad de política restrictiva del gasto en salud mostró que no fue prioridad para el Gobierno destinarle recursos como los pagos de la deuda externa, además de no ser un factor determinante para mejorar la provisión de servicios de salud.

Lo mismo sucedió con el comportamiento de los indicadores de salud como la morbilidad, mortalidad y esperanza de vida; todos se modificaron indicando una mejora de la forma de proveer los servicios de salud. Es decir, se continuo parcialmente con las políticas sociales abandonadas en el sexenio anterior, algunas reforzadas con la Reforma del sector salud, y que tuvieron mejor desempeño en vez de la apertura comercial, a pesar de los grandes retos por cubrir como la inminente transición epidemiológica que demandó mayor capacidad del SNS en todos los aspectos: calidad, cobertura, eficiencia, descentralización e incluso, mayor participación del estado en su financiamiento para disminuir la carga a los trabajadores así como otras características necesarias para ello. El sexenio cerro sin lograr llegar a la meta aun vigente de "salud para todos en el 2000"; lo cual fue la prueba fehaciente que este sexenio también adoleció de continuidad en las políticas planes y programas del SNS, entre muchas otras carencias.

Sin embargo, haciendo una comparación general de los gobiernos de MMH, CSG, y EZP, quien tuvo un desempeño con mayor continuidad y mejores resultados fue el periodo 1994-2000, aunque la diferencia no es muy significativa respecto de Miguel de la Madrid; lo mas contundente es que mientras la política cambio radicalmente como con Salinas de Gortari, y perderse la continuidad, los resultados de los niveles de salud fueron mas decrecientes que en el sexenio de Miguel de la Madrid y con Ernesto Zedillo.

Con respecto al comportamiento de las variables analizadas dentro del periodo 1982-2000, los resultados de las regresiones mostraron tendencias significativas de la relación que guardan entre si, y que para mejorar los resultados de salud, es necesaria la continuidad de las políticas de salud, para incidir en ellas, a pesar de que dependa de mas factores el desempeño del SNS para obtener mejores niveles de salud. Como es el caso de la mortalidad: su disminución, -lograda con mejor desempeño del SNS- contribuye al aumento de la esperanza de vida. En menor proporción, si aumenta el PIB se espera que también incida positivamente en la EV. Los recursos físicos y humanos también mostraron tener relación con aquella, y con la mortalidad infantil donde, su aumento también aumentara los años que se espera vivir, y disminuirá la tasa anual de la mortalidad. Mantener o aumentar el recurso, depende también de tener continuidad en las políticas sociales que favorezcan el aumento de recursos humanos y de los servicios otorgados para las instituciones de salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México no ha sido el más estratégico y hábil para proveer servicios de salud a la población, dentro del continente americano. Donde se observe, que no es indispensable contar con el mejor nivel económico para planificar de manera racional y equitativa la provisión de la salud, y darle continuidad a su ejecución. Es el caso chileno quien cuenta con mejores resultados de salud a pesar de invertir menor porcentaje de su PIB a su sistema de salud, pero tiene mejor ejecución en su desarrollo.

Los parámetros establecidos en esta tesis, para observar la continuidad en nuestro país, resultaron oportunos para acercarnos a conocer su desempeño sin embargo, involucra otros muchos factores que a pesar de que no fueron incluidos en este trabajo, también es importante conocerlos; como la educación, vivienda y otros.

La SS debe continuar siendo una herramienta distributiva de los servicios de salud en la población, aunque el cambio demográfico junto con la transición epidemiológica, representan fuerte peso, que a futuro, en cualquier modelo razonable de Seguridad Social, representará una carga fiscal de gran dilema. A pesar de que en México no ha habido una relación positiva entre gasto en SS y salud como porcentaje del PIB y su crecimiento, no significa que no deba ser prioridad en las políticas de los mandatarios que definitivamente no ha sido este sector uno de los iconos mas importantes para dicha asignación. Son numerosos los problemas por resolver en materia de salubridad, por ello se debe seguir prestando gran atención al desarrollo del Sistema Nacional e Salud, para no quedar rebasados por la carga de la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1
VARIABLES E INDICADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO 1982-1988

		Años		1982	1983	1984	1985	1986	1987	tc/var promedio
VARIABLES ECONÓMICAS	Recursos Monetarios	PIB real base 1993	\$ 10,396,949 35	\$ 9,537,093 92	\$ 9,593,412.46	\$ 9,721,312.51	\$ 8,429,331.42	\$ 8,967,581.14		-2.91
		Tasa de crecimiento	3.64	-8.27	0.59	1.33	-13.29	6.39	-9.61	
		Variación porcentual	-5.77	-11.91	8.86	0.74	-14.62	19.68	-0.50	
		Gasto público en salud (% del PIB)	3.40	2.80	2.60	2.60	2.60	2.20	-8.34	
		Variación porcentual	0.20	-0.60	-0.20	0.00	0.00	-0.40	-0.17	
	Recursos físicos	PIB per cápita en salud	\$ 5.00	\$ 7.26	\$ 10.88	\$ 17.28	\$ 27.79	\$ 56.94	62.66	
		Tasa de crecimiento	67.22	45.12	49.86	58.86	60.83	104.89		
		Variación porcentual	57.39	-22.09	4.74	9.00	1.97	44.06	15.84	
		Cobertura del SNS	47.08	46.78	50.12	52.34	49.99	55.43		
		Variación porcentual	-2.11	-0.30	3.34	2.22	-2.35	5.44	1.04	
Recursos humanos	Unidades Médicas c/100 000 hab	14.36	14.11	13.79	14.23	14.11	14.41	0.06		
	Tasa de crecimiento	9.06	-1.76	-2.29	3.19	-0.79	2.10			
	Variación porcentual	-0.80	-10.82	-0.53	5.48	-3.98	2.89	-1.29		
	Camas censables c/100 000 hab	83.44	82.90	81.20	78.51	77.51	75.88	-1.88		
	Tasa de crecimiento	6.75	-0.66	-2.04	-3.31	-1.28	-2.10			
	Variación porcentual	19.76	-6.91	-1.39	-1.27	2.03	-0.82	1.90		
	Médicos c/100 000 hab	76.67	77.06	77.17	81.08	83.17	84.76	2.03		
	Tasa de crecimiento	-7.93	0.52	0.14	5.06	2.58	1.91			
	Variación porcentual	-7.66	8.45	-0.37	4.92	-2.48	-0.66	0.36		
	Enfermeras c/ 100 000 hab	118.04	122.14	131.60	141.54	142.64	150.20	4.94		
Tasa de crecimiento	4.49	3.48	7.74	7.55	0.78	5.30				
Variación porcentual	7.29	-1.02	4.27	-0.20	-6.77	4.52	1.35			
Indicadores	Esperanza de Vida (años)	67.72	68.30	68.90	68.98	69.40	69.82	0.61		
	Tasa de crecimiento	0.47	0.86	0.88	0.12	0.61	0.61			
	Variación porcentual	-1.34	0.39	0.02	-0.76	0.49	0.00	-0.20		
	Mortalidad general (tasa)	5.80	5.70	5.60	5.50	5.20	5.20	-2.16		
	Variación porcentual	-0.40	-0.10	-0.10	-0.10	-0.30	0.00	-0.17		
	Mortalidad -1 año (tasa)	47.20	44.30	41.70	39.80	38.50	37.60	-4.45		
	Variación porcentual	-3.00	-2.90	-2.60	-1.90	-1.30	-0.90	-2.10		
	Consultas e internados c/1000 hab	1490.89	1608.61	1653.33	1639.99	1643.10	1731.52	10.05		
	Tasa de crecimiento	16.30	7.90	2.78	-0.81	0.19	5.38			
	Variación porcentual	22.52	-8.40	-5.12	-3.59	1.00	5.19	1.93		
	Morbilidad expresos c/1000 hab	41.90	43.67	55.14	40.64	31.26	27.23	-8.26		
	Tasa de crecimiento	4.49	4.22	26.26	-26.29	-23.07	-12.91			
	Variación porcentual	-3.31	-0.27	22.04	-52.55	3.22	10.16	-3.45		

FUENTE: Elaboración propia con base en datos de las estadísticas históricas del INEGI, y boletines informativos de la SSA, varios números.

TABLA 2
VARIABLES E INDICADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI 1988-1994

Años		1989	1990	1991	1992	1993	1994	tc/var promedio	
		Años							
VARIABLES ECONOMICAS	Recursos Monetarios	PIB real base 1993	\$ 8,846,697.56	\$ 9,918,166.69	\$ 10,655,436.81	\$ 11,545,509.84	\$ 12,051,273.02	\$ 12,561,959.70	7.26
		Tasa de crecimiento	-1.35	12.11	7.43	8.35	4.38	4.24	
		Variación porcentual	-7.73	13.46	-4.68	0.92	-3.97	-0.14	-0.36
		Gasto público en salud (% del PIB)	2.60	2.70	2.00	2.30	2.40	2.50	-0.78
		Variación porcentual	0.40	0.10	-0.70	0.30	0.10	0.10	0.05
		PIB per cápita en salud	\$ 133.97	\$ 180.17	\$ 176.58	\$ 256.38	\$ 312.32	\$ 357.06	21.66
		Tasa de crecimiento	135.29	34.48	-1.99	45.19	21.82	14.33	
		Variación porcentual	30.40	-100.81	-36.48	47.19	-23.38	-7.49	-15.09
		Cobertura del SNS	55.21	57.40	57.71	57.45	55.45	54.73	
		Variación porcentual	-0.22	2.18	0.31	-0.25	-2.00	-0.72	-0.12
VARIABLES E INDICADORES DE SALUD	Recursos Humanos	Unidades Médicas c/100 000 hab	14.93	15.55	15.85	16.29	16.41	16.44	1.94
		Tasa de crecimiento	3.64	4.15	1.93	2.75	0.73	0.17	
		Variación porcentual	1.55	0.51	-2.22	0.82	-2.02	-0.57	-0.32
		Camas censables c/100 000 hab	74.33	75.00	75.84	79.84	82.78	82.64	2.14
		Tasa de crecimiento	-2.04	0.90	1.13	5.28	3.68	-0.18	
		Variación porcentual	0.06	2.94	0.23	4.15	-1.59	-3.86	0.32
		Médicos c/100 000 hab	88.56	88.22	88.98	95.28	95.69	96.57	1.75
		Tasa de crecimiento	4.49	-0.39	0.86	7.08	0.43	0.92	
		Variación porcentual	2.58	-4.88	1.25	6.22	-6.65	0.49	-0.17
		Enfermeras c/100 000 hab	154.68	155.63	156.95	164.31	165.78	166.84	1.53
Variación porcentual	2.98	0.62	0.85	4.69	0.90	0.64			
Variación porcentual	-2.32	-2.36	0.23	3.84	-3.79	-0.26	-0.78		
Indicadores	Indicadores	Esperanza de Vida (años)	70.20	70.50	70.80	71.60	72.00	72.30	0.59
		Tasa de crecimiento	0.54	0.43	0.43	1.13	0.56	0.42	
		Variación porcentual	-0.07	-0.11	0.00	0.70	-0.57	-0.14	-0.03
		Mortalidad general (tasa)	5.10	5.20	5.10	4.80	4.70	4.70	-1.62
		Variación porcentual	-0.10	0.10	-0.10	-0.30	-0.10	0.00	-0.08
		Mortalidad -1 año (tasa)	36.90	38.70	36.60	34.10	33.20	32.30	-2.63
		Variación porcentual	-0.70	1.80	-2.10	-2.50	-0.90	-0.90	-0.88
		Consultas Externas por paciente c/1000 hab	1754.46	1739.22	1741.27	1742.94	1789.01	1877.57	1.37
		Tasa de crecimiento	1.33	-0.87	0.12	0.10	2.64	4.95	
		Variación porcentual	-4.06	-2.19	0.99	-0.02	2.55	2.31	-0.07
Indicadores	Indicadores	Morbilidad agudas c/1000 hab	23.69	37.72	39.53	41.07	43.73	43.85	13.10
		Tasa de crecimiento	-13.00	59.23	4.80	3.90	6.47	0.27	
		Variación porcentual	-0.10	72.23	-54.43	-0.90	2.57	-6.20	2.20

FUENTE: Elaboración propia con base en datos de las estadísticas históricas del INEGI, y boletines informativos de la SSA, varios números.

TABLA 3
VARIABLES E INDICADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON 1994-2000

VARIABLES E INDICADORES DE SALUD	Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	tc/var promedio	
VARIABLES ECONOMICAS	Recursos Monetarios	PIB real base 1993	\$13,202,874.43	\$12,225,004.85	\$13,151,410.13	\$14,675,927.51	\$14,843,657.89	\$15,670,989.61	3.49
		Tasa de crecimiento	5.10	-7.41	7.58	11.59	1.14	5.57	
		Variación porcentual	0.86	-12.51	14.98	4.01	-10.45	4.43	0.22
		Gasto público en salud (% del PIB)	2.50	2.30	1.70	1.70	1.90	2.00	-4.36
		Variación porcentual	0.00	-0.20	-0.60	0.00	0.20	0.10	-0.08
		PIB per cápita en salud	\$ 397.38	\$ 464.42	\$ 464.60	\$ 575.39	\$ 767.60	\$ 950.13	\$ 19.05
		Tasa de crecimiento	11.29	16.87	0.04	23.85	33.41	23.78	
		Variación porcentual	-3.03	5.58	-16.83	23.81	9.56	-9.63	1.58
		Cobertura del SNS	53.37	50.17	52.83	54.76	56.97	59.05	
		Variación porcentual	-1.35	-3.21	2.66	1.93	2.21	2.08	0.72
VARIABLES ECONOMICAS	Recursos Físicos	Unidades Médicas c/100 000 hab	16.69	17.03	17.45	16.81	18.50	18.98	2.61
		Tasa de crecimiento	1.56	2.04	2.47	-3.70	10.06	2.61	
		Variación porcentual	1.39	0.49	0.43	-6.17	13.76	-7.45	0.41
		Camas censables c/100 000 hab	83.63	84.09	81.94	73.30	80.01	80.05	-0.87
		Tasa de crecimiento	1.21	0.54	-2.55	-10.55	9.17	0.04	
		Variación porcentual	1.38	-0.66	-3.09	-8.00	19.72	-9.13	0.04
		Médicos c/100 000 hab	97.50	104.51	112.21	116.85	122.36	118.90	4.05
		Tasa de crecimiento	0.96	7.20	7.36	4.14	4.71	-2.82	
		Variación porcentual	0.04	6.24	0.16	-3.22	0.57	-7.54	-0.62
		Enfermeras c/ 100 000 hab	169.94	171.44	172.79	174.74	181.37	190.78	2.34
VARIABLES ECONOMICAS	Recursos Humanos	Tasa de crecimiento	1.86	0.88	0.79	1.13	3.80	5.18	
		Variación porcentual	1.22	-0.98	-0.09	0.34	2.67	1.39	0.76
		Esperanza de Vida (años)	72.60	73.60	74.00	74.30	74.70	75.00	0.65
		Tasa de crecimiento	0.41	1.38	0.54	0.41	0.54	0.40	
		Variación porcentual	0.00	0.96	-0.83	-0.14	0.13	-0.14	0.00
		Mortalidad general (tasa)	4.70	4.70	4.70	4.60	4.60	4.50	-0.87
		Variación porcentual	-0.90	-0.90	-1.20	-1.20	-1.20	-1.00	-1.07
		Mortalidad -1 año (tasa)	31.40	30.50	29.30	28.10	26.90	25.90	-3.78
		Variación porcentual	0.97	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96
		Camas c/100 000 hab	1998.56	2115.81	2052.22	2113.66	2272.17	2399.36	3.72
VARIABLES ECONOMICAS	Indicadores	Tasa de crecimiento	6.44	5.87	-3.01	2.99	7.50	5.60	
		Variación porcentual	1.49	-0.58	-8.87	6.00	4.51	-1.90	0.11
		Morbilidad egreso c/1000 hab	45.50	45.61	46.91	49.33	43.41	44.49	-0.45
		Tasa de crecimiento	3.78	0.23	2.85	5.17	-12.02	2.50	
		Variación porcentual	3.51	-3.55	2.61	2.32	-17.18	14.52	0.37

FUENTE: Elaboración propia con base en datos de las estadísticas históricas del INEGI, y boletines informativos de la SSA, varios números.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 4

**RESUMEN DE LOS INDICADORES ECONOMICOS Y VARIABLES DE SALUD EN TRES SEXENIOS
PERIODO 1982-2000**

		PRESIDENTES	MMH*	CSG**	EZPL***	tc/var promedio	
INDICADORES Y VARIABLES DE SALUD	VARIABLES ECONOMICAS	Recursos monetarios	tc promedio PIB real base 1993	\$ 2.91	\$ 7.26	\$ 3.49	\$ 4.55
			Variación porcentual promedio	-0.50	-0.36	0.22	-0.21
			Gasto publico en salud (% del PIB)	-8.34	-0.78	-4.36	-4.49
			Variación porcentual promedio	-0.17	0.05	-0.08	-0.07
			tc promedio PIB per cápita en salud	\$ 62.66	\$ 21.66	\$ 19.05	\$ 34.45
			Variación porcentual promedio	15.84	-15.09	1.58	0.78
	Indicadores de salud	Servicios y recursos físicos	var % Cobertura del SNS	1.04	-0.12	0.72	0.55
			tc promedio Unidades Médicas c/100 000 hab	0.06	1.94	2.61	1.54
			Variación porcentual promedio	-1.29	-0.32	0.41	-0.40
			tc promedio Camas censables c/100 000 hab	-1.88	2.14	-0.87	-0.20
			Variación porcentual promedio	1.90	0.32	0.04	0.75
		Medicina y enfermería	tc promedio Medicos c/100 000 hab	2.03	1.75	4.05	2.61
			Variación porcentual promedio	0.36	-0.17	-0.62	-0.14
			tc promedio Enfermeras c/ 100 000 hab	4.94	1.53	2.34	2.93
			Variación porcentual promedio	1.35	-0.78	0.76	0.44
			tc promedio Esperanza de Vida (años)	0.61	0.59	0.65	0.62
		Indicadores de salud	Variación porcentual promedio	-0.20	-0.03	0.00	-0.08
			Mortalidad general (tasa)	-2.16	-1.62	-0.87	-1.55
			Variación porcentual promedio	-0.17	-0.08	-1.07	-0.44
			Mortalidad -1 año (tasa)	-4.45	-2.63	-3.78	-3.62
Variación porcentual promedio	-2.10		-0.88	0.96	-0.67		
tc prom Consultas Externas otorgadas c/1000 hab	10.05		1.37	3.72	5.05		
Variación porcentual promedio	1.93		-0.07	0.11	0.66		
tc prom Morbilidad egresos c/1000 hab	-8.26	13.10	-0.45	1.47			
Variación porcentual promedio	-3.45	2.20	0.37	-0.29			

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del INEGI series históricas, y SSA boletines informativos varios números.

* Miguel de la Madrid Hurtado periodo 1982-1988

** Carlos Salinas de Gortari periodo 1988-1994

*** Ernesto Zedillo Ponce de León periodo 1994-2000

BIBLIOGRAFÍA

1. Arthur S Goldberger, Econometric Theory, Jhon Wiley & Sons, Inc.: New York, 1964
2. Calva José Luis, "La estrategia Neoliberal en México y sus efectos en la dinámica Agrícola" 1996
3. CIDE, División de salud y desarrollo humano. OPS, "Investigaciones en Salud pública Documentos Técnicos, 18, Washington DC, abril 2000
4. Colmer Revuelta Concha, Informe SESPAS "Las políticas de salud, evaluación de los objetivos" Sevilla España 1999.
5. D. Intriligator Michael, Modelos Económicos, Técnicas y Aplicaciones" Fondo de Cultura Económica, México 1990
6. Froyen Richard T. "Macroeconomía" teorías y políticas, ed. Prentice-hall Hispanoamericana, S.A. quinta edición, 1997
7. F. Martínez Navarro, Et all, "Salud Pública", Ed. Mc. GRAW HILL Interamericana, México, 1998
8. FUNSALUD "Economía y salud" propuestas para el avance de sistemas de salud en México, informe final, primera reimpresión 1997.
9. Gujarati Damodar "Econometría básica" Ed Mc Graw Hill, México 1981,
10. H. Cámara de Diputados "Los presidentes de México Ante la Nación, 1821-1966". Editado por la 1966, XXVI Legislatura del Congreso de la Unión.
11. INEGI "Cuaderno # 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, de Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social" México, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990.
12. INEGI, "El ingreso y el gasto Público en México" 2001
13. INEGI "Encuesta Nacional de Ingresos Gastos de los hogares, 1977" Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1980, 1984, 1992, 1994, 2000.
14. INEGI "El ingreso y el gasto público en México" México, 2001.
15. INEGI "Estadísticas históricas de México" Tomo I, 1998.
16. INEGI "Información estadística Básica de salud de las instituciones de seguridad social". 1980, 1994.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17. INEGI "Manual de estadísticas Básicas Sociodemográficas del Sector Salud y Seguridad Social" Secretaría de Programación y Presupuesto, 1978
18. "Informe de Ejecución 1994" Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, Impreso en marzo 1990, Secretaría de Programación y Presupuesto, México.
19. "Informe de labores 1999-2000" Secretaría de Salud, septiembre 2000.
20. Jeffrey D. Sachs "Macroeconomics and Health:" Investing in Health for Economic Development Printed in Canada 2001/13984 Ed. Man.
21. Kumate Jesús, Gutiérrez Gonzalo, Sotelo Juan Manuel, "Sistemas Nacionales de Salud en las Américas", Ed. Cromacolor México 1994.
22. "La Región. América Latina en Cifras" Revista América Económica No. Esp. 1993-1994.
23. López Acuña Daniel "La salud desigual en México" Ed. Siglo XXI, novena edición 1993.
24. López i Casanovas Guillén y Ortín Rubio Vicente, "Economía y Salud" fundamentos y políticas, Ed. Encuentro feb, 1998.
25. "Movimientos populares en la historia de México y AL" Memoria del primer encuentro nacional de historiadores" UNAM, México 1987.
26. OMS "Informe sobre la salud en el mundo" Resumen Chile, México, Canadá, marzo 29, 2000.
27. OPS/OMS "Las condiciones de salud en las Américas" 1998.
28. PODER EJECUTIVO FEDERAL "Plan Nacional de Desarrollo 1983 1988" . México, mayo 1983.
29. "Plan Nacional de Desarrollo 1984-1989", Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, Mayo 1989.
30. "Plan Nacional de Desarrollo 1989-1984", Secretaría de Programación y Presupuesto, Impreso en México, Mayo 1989.
31. "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" Ernesto Zedillo Ponce de León, apartado Desarrollo Social.
32. Poder Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000" México 1994.
33. "Primer informe de gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari" ante el H Congreso de la Unión, 1989.
34. Primer informe que rindió al H Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. LUIS ECHEVERRÍA" , 1º de septiembre 1971, Ed. secretaria de Gobierno, México.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

35. Secretaría de Salud, "Programa Nacional de Salud"
36. Sistema Nacional de Salud "Recursos y servicios" Boletín de información estadística #15, 17, 19., vol I, 1995, 1997, 1999.
37. SSA, "Boletín de Información Estadística # 19". 1999. Volumen I. Recursos y Servicios, julio 2001
38. SSA, "Estadísticas Vitales 1999", Noviembre 2000 Dirección General de Estadística, e Informática.
39. Solís Soberón Fernando y F A: Villagómez (compiladores) "La seguridad social en México" Ed. CIDE y Fondo de Cultura Económica, 1999.
40. "Tercer informe que rindió al H. Congreso de la Unión el presidente de la república Lic. Gustavo Díaz Ordaz", 1º de septiembre 1967, Ed. Secretaría de Gobierno, México.
41. Torres Goitia Javier, "Revista mexicana de ciencias políticas y sociales" No. 106, oct- dic. 1981.
42. "Tercer informe de Gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari" ante el H Congreso de la Unión, 1990.
43. "5º informe de Gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari" al H Congreso de la Unión, 1992.
44. "6º informe de gobierno que rindiera el presidente Carlos Salinas de Gortari" ante el H Congreso de la Unión, 1994.
45. "6º Informe de Gobierno Complementario", Miguel de la Madrid Hurtado, presidencia de la República, México, Septiembre 1988.
46. "6º Informe de Gobierno apartado Sector Salud y Seguridad Social", que rindiera el presidente José López Portillo, a la H Cámara de Diputados, México 1º de Septiembre 1982.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**