



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ECONOMIA

**¿PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN?
LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MEXICO:
CASO IMSS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ECONOMÍA

PRESENTA:
LAURA FIGUEROA CANSECO



DIRECTOR DE TESIS: MTRO. ÁNGEL ÁVILA RAMÍREZ
MÉXICO D.F. FEBRERO DEL 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA LI
MEXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Figueroa
CANSECO

FECHA: 18/02/2004

FIRMA: [Firma]

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ.
DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.-

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: C. LAURA FIGUEROA CANSECO, bajo el siguiente título: "PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN? REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO: CASO IMSS", en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

Atentamente

LIC. FERNANDO DEL CUETO CHARLES.

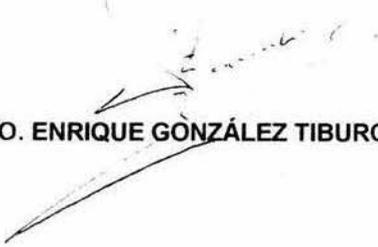


UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ.
DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.-**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. LAURA FIGUEROA CANSECO**, bajo el siguiente título: **"PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN? REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO: CASO IMSS"**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

Atentamente


MTRO. ENRIQUE GONZÁLEZ TIBURCIO.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ.
DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.-**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: C. LAURA FIGUEROA CANSECO, bajo el siguiente título: "PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN? REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO: CASO IMSS", en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ávila Martínez'.

LIC. ANGEL ÁVILA MARTÍNEZ.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ.
DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.-**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. LAURA FIGUEROA CANSECO**, bajo el siguiente título: **“PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN? REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO: CASO IMSS”**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cecilia Reyes Montes'.

LIC. CECILIA REYES MONTES.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ.
DIRECTOR GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.-**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. LAURA FIGUEROA CANSECO**, bajo el siguiente título: **“PRIVATIZACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN? REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO: CASO IMSS”**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Angel A. Ramirez'.

LIC. ANGEL AVILA RAMÍREZ.

No existe el adiós para siempre, porque existe la eternidad, y ahí seguramente nos volveremos a ver ...

A la memoria de:

*JULIA CUEVAS y
SEBASTIANA CANSECO.
Ejemplos de Dignidad, Integridad y Valor.*

Con todo mi amor

Al Recuerdo de RAFAEL ZARATE FIGUEROA, por el tiempo que no tuvimos para conocernos mejor...

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por la experiencia constante de un nuevo día, por cuidar y guiar mis pasos, por permitirme ser y existir.

PAPA: Por las mil batallas que has librado y por seguir luchando cada día, por ser por siempre mi ejemplo, por todo tu cariño e incondicional amor.

MAMA: Por tu fortaleza ante las adversidades, por ser el pilar que edifica a esta familia, por ser amiga y confidente, por que siempre puedo contar contigo.

A ambos, mi respeto y admiración perennes.

PATY: Por que aceptas retos y vives desafíos mirando siempre adelante, por tu enseñanza.

TERE: Por compartir mis logros y proyectos más pequeños como si fuesen enormes y mis tristezas como si fueran tuyas, gracias flaquita.

SANDY: Por tu apoyo cuando lo he necesitado, por haber sido mi motivación para empezar y terminar este proyecto, porque por siempre serás mi niña, mi hermanita chiquita.

TANIA Y DAVID: Por ser mi fuente de inspiración y una de las principales razones para seguir adelante.

Los amo Eternamente.

A toda mi familia (tíos, primos, sobrinos) por ser parte de mi mundo, con el deseo de permanecer unidos por siempre, particularmente a mis dos abuelos : CIRINO FIGUEROA y RUFINO CANSECO, por que no me pudieron dar mejores padres de los que tengo.

A mis cuñaditos, por todo el apoyo y solidaridad recibida en los recientes momentos y por que también son parte de la familia.

A mis amigos de ayer (Miguel Ángel, Julio Cesar, Guihomara y Jorge), de hoy (Lourdes, Karla, Rogelio, Enrique, Orlando, Oscar y Ángel O.) y a mi amigo de siempre y para siempre JOSÉ LUIS (a ti te debo mucho de lo que soy ahora, por darme el empujón que me permitió retomar mi camino, por creer en mí - a pesar de mí- y por estar siempre incondicionalmente a mi lado).

A todos por haber compartido una etapa importante en mi vida y por seguir vigente en ella.

A mis compañeros de trabajo, por la paciencia y comprensión a lo largo de mi época como estudiante, especialmente a la LIC. ESTHER CAMACHO TERÁN, por su confianza.

A mis profesores por las enseñanzas transmitidas y por supuesto a los miembros del jurado.

A mi Director de Tesis por su orientación y compromiso en la elaboración del presente proyecto.

RECONOCIMIENTO

A dos grandes Instituciones por ser parte fundamental de mi formación como profesionista:

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, que es y seguirá siendo la máxima casa de estudios.

Al INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, que ha sido fuente de experiencia, aprendizaje y reflexión.

*Por que prevalezcan con el sentido que les dio origen,
superando las adversidades actuales*

"El "Welfare State" fue y es una institución política de alto carácter democrático al garantizar educación, salud y previsión social básica para todos , pero al final se reveló como una solución ineficiente, además sujeta a la captura de burócratas que retienen buena parte de los recursos para su propia administración, o de representantes de clase media , para los cuales este beneficio se puede tomar en privilegio. Por otro lado, la alternativa de simplemente privatizar todos los servicios sociales es irreal, sea porque no es económicamente eficiente, sea porque le falta legitimidad política democrática..."

Nuria Cunill Grav

* Investigadora del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD)/"Repensando lo Público a través de la sociedad: Nuevas formas de Gestión pública y representación social"/Editorial Nueva Sociedad/ Venezuela 1997, página 12

PREFACIO

El desarrollo de cualquier nación es consecuencia en gran medida de la calidad de vida de sus pobladores. Dicha calidad procede -de manera sustancial-, de la atención proporcionada a través de los sistemas de salud.

Estudios recientes han demostrado que en los últimos años ha aumentado la inversión destinada a la salud: del producto mundial 2.6 millones de dólares, son aprovechados por este rubro, lo que equivale a un porcentaje del 9.2%, y obliga a una nueva conceptualización de la salud como parte importante de la inversión en capital humano, mas que como una erogación o gasto.¹

Dada la creciente importancia que dentro de la economía, representa el estudio de los sistemas de salud, es hoy día dicho tema, materia de serias investigaciones y de la creación una teoría propia, centrandó dicha teoría en el análisis del desarrollo y la evolución de los sistemas de salud.

La atención en los servicios de salud pública, obedece a cuestiones de carácter social - y también político - y surge como parte fundamental de la estructura del modelo del "Estado Benefactor" y si bien es cierto gracias a dicha estructura se lograron avances importantes en la materia, también es cierto que en los últimos años se han acentuado diversos problemas, que hoy en día cuestionan su existencia.

Como sabemos, tras el cambio en el modelo económico implementado no solo en nuestro país sino en todo el continente, (cambio que ha obedecido a una nueva estructuración internacional y ha sido obligado y condicionado por organismos internacionales), surgen cambios importantes en el hacer de los Estados y sus instituciones.

La política de menor intervención estatal, desregulación, liberalización y privatización, ha tocado casi todos los aspectos del funcionamiento de un país, y ha provocado transformaciones significativas en su estructura.

¹ **ORGANIZACIÓN** Mundial de la Salud, (2000). "Informe sobre la Salud en el Mundo".

Para el caso de México, este proceso - que inicio desde la década de los ochentas - ha avanzado y se ha consolidado fuertemente, permitiendo la introducción de empresas privadas en sectores que anteriormente eran de carácter exclusivo para el gobierno.

Consecuencia de lo anterior - aunque aún parcialmente -, se han iniciado reformas a la estructura y funcionamiento de los servicios de salud pública, tendientes a una posible descentralización o privatización de los mismos en el mediano y largo plazo.

Pero, ¿Qué implican estos procesos para el grueso de la población?, ¿Qué beneficios o perjuicios traerán al usuario final de los servicios de salud?, ¿Cuáles son los costos (tanto financieros como de carácter social), que se deben considerar?, ¿son realmente factibles y viables éstos proyectos?, ¿Cómo sé están implementando?.

La importancia del Tema de la presente Tesis, recae en tratar de contestar, estas y otras preguntas que en torno a las reformas al sector salud han surgido, revisando el caso específico del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la de realizar un diagnostico de la situación real de nuestro país en relación a dichos procesos, comparativamente con la de otros países con características similares al nuestro.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION

CAPITULO I: MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

1.1.	ANTECEDENTES.....	07
1.1.1	La Economía de Bienestar.....	07
1.1.2	Importancia de la Salud en el Desarrollo Económico.....	10
1.1.3	Microeconomía de la Salud.....	11
1.1.3.1	Función de producción de Salud.....	12
1.1.3.1.1	Salud y Nivel de ingresos.....	13
1.1.3.1.2	Salud y Política Social.....	14
1.1.3.1.3	Subsidios para la Salud.....	14
1.1.3.1.4	Macroeconomía de la Salud.....	14
1.2.	ECONOMIA DE LA SALUD.....	15
1.2.1.	Dimensiones para el análisis del Sector Salud.....	16
1.2.2.	Actores y roles dentro de un Sistema de Salud.....	17
1.2.3.	Componentes de un sistema de Salud.....	18
1.2.4.	Clasificación de los Sistemas de Salud.....	20
1.2.5.	Intervención Gubernamental en los Sistemas de Salud y fallas del mercado.....	28
1.2.6.	Los principios que orientan a los Sistemas de Salud.....	30
1.3.	DESCENTRALIZACION.....	31
1.3.1.	Conceptos sobre Descentralización.....	31
1.3.2.	Racionalidad de la descentralización y de los modelos de reforma.....	33
1.3.3.	Variables que influyen en la decisión de descentralizar.....	35
1.3.4.	Modalidades de descentralización.....	35
1.3.5.	Algunos Indicadores para el Análisis de la Descentralización.....	37
1.4.	PRIVATIZACION.....	38
1.4.1.	Definición.....	38
1.4.2.	Enfoques para el análisis.....	38
1.4.3.	Proceso de privatización en el sector salud.....	40
1.4.4.	Factores que inciden en los procesos de privatización.....	43
1.5.	DESCENTRALIZACIÓN Y PRIVATIZACION.....	44
	BIBLIOGRAFIA CAPITULO I.....	47

CAPITULO II: LOS SISTEMAS DE SALUD, UNA VISIÓN DE CONJUNTO

2.1.	LA SALUD Y LA SALUD PÚBLICA EN LA HISTORIA.....	49
2.2.	DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.....	52
2.3.	CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN A. L.	53
2.3.1.	Contexto Político - Administrativo en Latino América.....	53
2.3.2.	Los Sistemas de salud.....	53



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2.3.3. Indicadores Económicos.....	54
2.3.3.1. Características Socio - Económicas	54
2.3.3.2. Gasto Nacional en Salud.....	56
2.3.3.3. Comparaciones Internacionales, Evolución del gasto.....	57
2.3.3.4. Índice de Pobreza.....	58
2.3.4. Indicadores no monetarios.....	59
2.3.4.1. Población.....	59
2.3.4.2. Indicadores Epidemiológicos.....	60
2.3.4.3. Vivienda, agua y saneamiento.....	61
2.3.4.4. Medio ambiente.....	62
2.3.5. Diagnostico Situacional.....	63
2.4. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO	63
2.4.1. Historia de la salud en México.....	65
2.4.2. La protección a la salud como derecho constitucional.....	68
2.4.3. El Sistema de servicios de salud.....	70
2.4.3.1. Organización General.....	70
2.4.3.1.1. Seguros Sociales.....	71
2.4.3.1.2. Servicios Públicos de salud.....	75
2.4.3.1.3. Servicios Privados de salud.....	78
2.4.3.2. Recursos Humanos.....	79
2.4.3.3. Equipamiento y tecnología	81
2.4.4. Rectoría del Sistema de Salud.....	82
2.4.5. Financiamiento y gasto del SS.....	83
2.4.6. Indicadores Socioeconómicos y Epidemiológicos del S.S.	85
2.4.7. Diagnostico Situacional.....	95
BIBLIOGRAFIA CAPITULO II	101
CAPITULO III: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	
3.1. ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	103
3.1.1. El Estado de Bienestar	103
3.1.2. El Nuevo orden económico mundial.....	105
3.2. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD.....	107
3.2.1. Presiones al sistema de salud.....	108
3.2.2. La reforma del sector salud: primera etapa.....	109
3.2.3. Los organismos internacionales y su papel en el proceso de reforma: segunda etapa	112
3.2.3.1. Banco Mundial.....	112
3.2.3.2. Organización Mundial de la Salud.....	115
3.2.3.3. Organización Panamericana de la Salud.....	117
3.2.4. La Reorientación de los SS: Tercera Etapa.....	119
3.3. EL PROCESO DE REFORMA EN A. L. (PAISES SELECCIONADOS)	123
3.3.1. La estrategia de descentralización y /o privatización de la salud por país	123
3.3.2. Análisis comparativo.....	154
3.3.3. A manera de balance: Alcance de la Reforma.....	160
BIBLIOGRAFIA CAPITULO III.....	165

CAPITULO IV: EL SECTOR SALUD EN MEXICO Y EL IMSS EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA

4.1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MEXICO.....	169
4.1.1. La descentralización de los servicios de salud en México.....	169
4.1.1.1. La descentralización en los Ochenta.....	169
4.1.1.2. La Descentralización en los Noventa.....	173
4.1.1.3. Nuevo gobierno: Continuidad de las Reformas.....	179
4.1.2. Evaluación de los resultados de la RSS	181
4.2. EL IMSS EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL S.S.	183
4.2.1. Antecedentes.....	184
4.2.2. Diagnostico de los servicios médicos del IMSS.....	185
4.2.3. Modificaciones a la Ley del Seguro Social: 1997	188
4.2.3.1. Principales características y objetivos de la Reforma.....	188
4.2.3.2. Acciones	190
4.2.4. La nueva Reforma complementaria: 2001.....	193
4.2.4.1. Acciones.....	197
4.2.5. Los Retos que enfrenta el Instituto: 2003.....	198
4.2.6. Líneas de acción y nueva propuesta para el IMS	205
BIBLIOGRAFIA CAPITULO IV.....	208

CAPITULO V: PRIVATIZACION O DESCENTRALIZACION? IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE LA REFORMA

5.1. IMPLICACIONES EN EL CONTEXTO GENERAL.....	209
5.2. CONSECUENCIAS GENERALIZADAS.....	218
5.3. IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE LA REFORMA PARA EL SECTOR SALUD MEXICANO	223
5.4. IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS PARA EL IMSS.....	229
BIBLIOGRAFIA CAPITULO V.....	235
CONCLUSIONES	239

INTRODUCCION

La salud es una de las garantías sociales más importante para el óptimo desarrollo de la calidad de vida de los miembros de las naciones, cuando esta falta, en la persona y su entorno, surgen serias complicaciones incidiendo gravemente en las de carácter económico.

Los problemas suelen acentuarse cuando quién enferma es el principal sostén de la familia por no mencionar lo que acontece si la enfermedad se torna crónica o degenerativa o si termina en la muerte.

Durante mucho tiempo se soslayó la importancia que la salud tiene en el desarrollo y crecimiento económico de un país, ignorándose el vínculo directo entre estos conceptos e ignorándose también que la principal y más importante fuente de inversión es el propio capital humano, inclusive, para el individuo mismo, la relevancia y el interés de este tema, sólo surge al presentarse en él, afectaciones directas a su propia salud.

Si la salud es una inversión reductible, el costo de estar enfermo es muy elevado, sobre todo si en ello consideramos todas las variables que influyen directamente en la enfermedad: Atención Médica y hospitalaria, estudios de diagnóstico, medicamentos, tratamientos, etc. Cuando es la propia persona quién solventa dichos gastos -independientemente de la situación económica en que se encuentre-, ellos representarán contracciones importantes en los ingresos disponibles al desviar parte de éstos, a imprevistos - por lo general no presupuestados ni considerados con antelación-; si esta situación es elevada al aspecto macroeconómico, las repercusiones son mayores e inciden en el total de la población y en la forma en que los recursos de un país son distribuidos.

Es por ello que nace la necesidad imperiosa de que los estados interfieran de forma directa en asuntos relacionados con el rubro de la salud.

A lo largo de la historia, la atención en la salud ejercida por las naciones ha transitado por diversas etapas y su evolución ha dependido de las características propias de cada país, no obstante, el punto partida es común para todas ellas: El surgimiento del "Estado de Bienestar" y con él, el concepto de Seguridad Social.

Analicemos brevemente estos conceptos:

Al referirnos al Estado de Bienestar - aunque ahondaremos en el tema -, hablamos de un "concepto esencialmente político y moral, que sirvió de marco para el logro de soluciones cooperativas entre los diferentes agentes sociales. Fue además una respuesta a la crisis de 1929 y a las manifestaciones más agudas de recesión, cuestión que lo llevaría a convertirse en un modelo global de reestructuración del tipo de desarrollo económico y del estilo de gobernar. El logro más importante del Estado de Bienestar fue el de constituirse en una forma de pacificación social, teniendo como componentes principales: 1) la obligación explícita jurídica y política que asume el Estado de suministrar apoyo asistencia a los que han sido afectados por el mal funcionamiento del mercado, y 2) el reconocimiento explícito formal y legal de los sindicatos como interlocutores de la negociación colectiva, no sólo en aspectos contractuales laborales, sino en la misma formulación de la política económica y de los planes de gobierno".¹

Así el modelo creó las condiciones sociales y económicas que permitieron el establecimiento de un "círculo virtuoso" que combinó crecimiento económico, de la productividad y de los salarios reales en un marco de la distribución del ingreso más equitativa.

Las modalidades concretas que asumió el Estado de bienestar fueron distintas de acuerdo con la combinación de factores, los arreglos sociales específicos, la orientación de prestaciones, el mercado de trabajo y pleno empleo, según las características específicas de cada uno de los países.

¹ AYALA, Espino José. (1999) "Economía del Sector Público Mexicano". FE UNAM.



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.

La forma de instrumentación de la política social en los Estados de Bienestar, se realiza a través de los Sistemas de Seguridad Social, que en el sentido amplio, cubren un conjunto de actividades que realiza el sector público en torno al bienestar de los individuos, sus familias y grupos sociales organizados. En distintos países del mundo se han desarrollado diferentes sistemas de seguridad social de acuerdo con su grado de desarrollo, sus posibilidades económicas, tipo de régimen político y tradiciones culturales. Sin embargo, todos contienen, en algún grado, los siguientes grandes capítulos: el seguro social y sus actividades, la salud pública, la asistencia social, el desarrollo social, la educación pública y la vivienda.

I. ESQUEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	SEGURO SOCIAL	Sistema de pensiones Sistema de ahorro para el retiro Seguro contra el desempleo Prevención y accidentes de trabajo Capacitación y reentrenamiento laboral Salud de la población asegurada
	SALUD PÚBLICA	Sistema de salud pública de la población no asegurada (Hospitales públicos, centro de salud, etc). Vacunación Epidemias y enfermedades endémicas
	ASISTENCIA SOCIAL	Combate a la pobreza
	DESARROLLO SOCIAL	Desarrollo de la comunidad Atención a la población vulnerable Programas de agua potable, alcantarillado y letrinas, cultura deportes y esparcimiento.
	EDUCACION PUBLICA	Educación básica y secundaria Educación técnica
	VIVIENDA	Programas de alfabetización Vivienda a los trabajadores que cotizan en alguno de los sistemas gubernamentales Vivienda popular para la población no asegurada Infraestructura para el desarrollo de la vivienda

FUENTE: Ayala Espino José, ECONOMÍA DEL SECTOR PÚBLICO MEXICANO, FE. UNAM 1999/ PP195

La seguridad social tiene normalmente un carácter estatal y obligatorio, determinado por medio de la legislación vigente en cada nación y gestionado por la administración, aunque en ciertos casos coexisten en ella otras organizaciones de seguridad social de menor nivel para atender los ámbitos: profesional, sectorial y mutualista, que son resultado de acuerdos especiales entre determinados grupos de patrones y obreros, o resultado de la unión de profesionales liberales, o también como uniones mutualistas voluntarias.

Los organismos descentralizados, dentro de los mecanismos de instrumentación de las políticas de Seguridad Social han jugado un papel determinante, al grado de que sin ellos, la evolución misma de las Naciones, no hubiese sido posible y si bien es cierto que gracias a la estructura del modelo de "Estado Benefactor", se lograron avances importantes, también es cierto que en los últimos años se han acentuando diversos problemas, que hoy en día cuestionan su existencia.

Como consecuencia del cambio en el modelo económico se ha presentado un proceso de repliegue estatal. La nueva concepción de un Estado mínimo como un Estado sano y eficiente se ha impuesto -aun cuando no esté demostrado que lo uno signifique lo otro-, surgiendo cambios importantes en el hacer de los Estados y sus instituciones.

Los procesos de repliegue estatal han sido intensos a partir del esquema del modelo redimensionador, ya que prácticamente en todos los países se han iniciado -y/o consolidado- procesos de desincorporación y privatización de grandes sectores de empresas públicas, provocando con ello transformaciones significativas en su estructura.²

² En Europa, por ejemplo, dichos procesos comenzaron en algunos países ya desde finales de los setenta. Todo esto en el marco de las políticas de reconversión y modernización industrial: en Gran Bretaña, el repliegue estatal fue intenso desde fines de la década

En América Latina, los procesos de repliegue estatal han caracterizado las políticas de cambio desde la mitad de la década de los setenta, la profundización del repliegue estatal ha sido más intensa que en los países europeos, obligando a un replanteamiento del modelo de desarrollo seguido hasta ese momento.

En México, este proceso - que inició desde en la década de los ochenta - ha avanzado y se ha consolidado fuertemente, permitiendo la introducción de agentes privados, nacionales y extranjeros a sectores que anteriormente eran de carácter exclusivo para el gobierno, transformando así la fisonomía del sector industrial y de servicios en un corto lapso de tiempo.³

Consecuencia de lo anterior - aunque aún parcialmente -, se han iniciado reformas a la estructura y funcionamiento de los servicios de salud pública en México, tendientes a una posible descentralización o privatización de los mismos en el mediano y largo plazo.

Y si bien es cierto, el actual planteamiento de reforma del sector salud ha formado parte importante dentro de la agenda económica y de desarrollo social en el país; éste, desde el surgimiento del Moderno Estado Mexicano, no ha sido el único, hagamos un poco de historia:

El sistema de salud en México tiene 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

Más tarde nacieron el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el ISSSTE, en 1960; y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964.

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social; mientras que la SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes.

Para finales de los sesenta este modelo llegó a sus límites: El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, y el sistema, que tenía prestaciones de universalidad, seguía sin dar cabida a gran número de familias de escasos recursos.

En los años setenta surgió la segunda generación de reformas, con la finalidad de crear un sistema nacional de salud: Así, en 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo.

Años más tarde, la SSA instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dirigido a las zonas de miseria urbana, con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA.

Sin lugar a dudas, es el sexenio del Presidente Miguel de la Madrid, en donde se empiezan a cimentar las bases para una nueva reforma, la cual terminará por ser la más trascendental en toda la historia del sector de salud mexicano, puesto que postula reestructuración total del sistema.

mencionada; en Alemania e Italia se hicieron ajustes a la intervención estatal en el mismo sentido; en Francia -que figura como un caso atípico-, aun cuando se nacionalizan sectores a partir de la llegada del Partido Socialista al poder al inicio de la década de los ochentas, en su fase de "cohabitación", se inicia un proceso de repliegue estatal que induce a este país a las tendencias generales; y por último, el caso de España también puede alinearse dentro de estos procesos ya mencionados.

³ CABRERO, Enrique. (1989). "Análisis de la estrategia de repliegue estatal en el sector industrial mexicano", RAP. N°. 73, INAP, México.

Como parte fundamental de la reestructuración del sector salud, debemos mencionar, aquella que se esta gestando en una de las instituciones mas importantes dentro de su organización interna: el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS).

Hablar del Instituto Mexicano del Seguro Social es hablar, en buena medida, de la historia del país durante los últimos 60 años. (De hecho, hace poco se celebró el sexagésimo aniversario del IMSS).

El IMSS ha sido uno de los grandes contribuyentes en el aumento de la esperanza y mejora de la calidad de vida de los mexicanos, jugando también un papel central como mecanismo de redistribución del ingreso, además de ser el principal proveedor en materia de salud a nivel nacional

Sin embargo, los efectos de los errores que se han cometido en el país y de los problemas que se han enfrentado en los últimos años, han acumulado para ésta Institución una serie de dificultades, que de no resolverse en el futuro inmediato, podrían poner en riesgo la estabilidad financiera y económica de la misma con las repercusiones directas en los demandantes de sus servicios.

En la última década del siglo que nos antecede, se instauraron las bases legales con el objeto de avanzar hacia la reestructuración integral del Instituto, no significando ello la solución definitiva, ni única, debiendo ser pertinente realizar un análisis detallado de las disposiciones posteriores y de la forma de ejecución de las mismas.

El tema de la Reforma en el IMSS ha sido en la actualidad, uno de los más comentados y discutidos en contexto nacional, especulándose mucho sobre su futuro y de cómo se implementarán las medidas que garanticen su existencia.

No podemos ignorar además, que la suma de problemáticas de carácter interno - que tienen que ver con los rezagos no superados -, y los ordenamientos de corte internacional, hacen inevitable la redefinición de las políticas que puedan ser garantes de la permanencia de instituciones vitales en la función rectora del Estado y su funcionamiento.

Existen diversos mecanismos que pueden permitir mejoramientos significativos en materia de salud sin que ellos lleven necesariamente a la desmantelación per se, de los sistemas en que se sustentan. Los conceptos de descentralización y privatización, que en fechas recientes, han sido materia de importantes investigaciones en el ámbito económico, deben ser analizados también desde la perspectiva social, considerando en dicho análisis las repercusiones directas para la población en su conjunto.

Por todo lo anterior, el planteamiento general que dará sustento a la elaboración del presente trabajo, estribará en contestar las siguientes interrogantes:

¿Qué implican los procesos reforma del sector salud para el grueso de la población?, ¿Qué beneficios o perjuicios traerán al usuario final?, ¿Cuáles son los costos (tanto financieros como de carácter social), que se deben considerar?, ¿son realmente factibles y viables éstos proyectos?, ¿Cómo se están implementando?, y finalmente ¿Existen otras alternativas, que permitan superar rezagos existentes e impulsar la necesaria modernización del sector salud?, ¿Cuáles son?

Como se ha esbozado ya en líneas anteriores, el presente trabajo pretende analizar de manera general los procesos de reforma que se han dado en el campo de la salud pública, y el debate que ha surgido en torno a los conceptos de privatización y/o descentralización del sector salud, tanto para América Latina, como de forma más precisa para nuestro país, y de manera particular, las reformas pretendidas para el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

La delimitación temporal comprenderá la parte última de la década de los setentas, para el contexto internacional y los últimos 4 sexenios (incluyendo el actual) para México (1982- 2003).

Determinar la viabilidad de las reformas planteadas al sistema de salud pública mexicano, así como sus principales repercusiones en la población usuaria, será el objetivo general del presente trabajo.

Como objetivos particulares pretendemos:

1. Destacar la importancia creciente de la de la salud en la economía para el desarrollo de las naciones
2. Identificar y reconocer las principales teorías que en torno a la economía de la salud han surgido, así como su aplicación específica al caso mexicano.
3. Realizar una diferenciación puntual de los conceptos de privatización y descentralización, a efecto de ubicar en que caso se encuentra le reforma de salud planteada para nuestro país.
4. Señalar las principales características de los sistemas de salud en América Latina, con el fin de conocer las problemáticas particulares de las naciones que la conforman.
5. Señalar las principales características del sistema de salud en México con el fin de conocer la problemática particular del mismo.
6. Ubicar el origen de las reformas planteadas en materia de salud pública, en el ámbito internacional, así como sus principales promotores y las argumentaciones esgrimidas al respecto.
7. Para América Latina, establecer como se ha realizado la implementación de las reformas en materia de salud y los resultados arrojados en los últimos años.
8. Para México, examinar las etapas por las que ha transitado el proceso de reforma y la situación actual del mismo.
9. En el caso del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1) reconocer la importancia que dicha institución tiene en materia de seguridad social, prestación de servicios y desarrollo económico dentro de la estructura del país, 2) Identificar los principales problemas tanto financieros como de organización interna por los transita el propio instituto, 3) señalar las reformas más importantes planteadas en torno a esta dependencia, así como su viabilidad en cuanto a la implementación de las mismas.
10. Realizar un análisis normativo de las posibles repercusiones, que las reformas planteadas traerán a la estructura del sistema de salud pública en México, así como también determinar el impacto directo (benéfico o no) en los usuarios finales de los servicios de salud.

Conociendo los antecedentes y los resultados que diversos países han experimentado en torno a los procesos de privatización y/o descentralización, a lo largo de este trabajo, se pretenderá confirmar la veracidad de las siguientes argumentaciones:

- 1) Los cambios que en materia de descentralización de la salud han surgido no solo en nuestro país sino en toda América Latina, obedecen a condicionamientos establecidos por los principales organismos internacionales y en la mayoría de los casos, no son perfectamente compatibles con las condiciones específicas y particulares de cada país, lo que conlleva finalmente a la implementación de políticas erróneas, con las repercusiones consecuentes para la sociedad en que se efectúan.
- 2) Dadas las características particulares del sistema de salud mexicano y aunado a las exigencias de corte internacional, se establece como necesaria una modificación integral de su estructura y funcionamiento lo que llevará en el largo tiempo a un proceso de descentralización, desincorporación y subrogación del propio sistema, que no representará otra cosa que la desmantelación del sistema de salud, basado en el concepto de seguridad social.

- 3) No es viable, bajo ningún argumento un proceso de privatización total del Sistema de Salud en nuestro país, particularmente no existen las condiciones para que el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL sea privatizado, por lo que su existencia seguirá siendo determinante, en el accionar del Estado mexicano.
- 4) El INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL tiende a redefinir su papel dentro de la estructura social, y el concepto propio de Seguridad Social, con el que nace, se verá disminuido en el largo plazo, al centrar la atención de sus servicios al área exclusiva de la salud.
- 5) Al ubicar a México en el contexto internacional, se deberán acatar los lineamientos que para su reforma se señalan, sin embargo, ello no significará un mayor beneficio para la población usuaria y sí por el contrario puede limitar la atención equitativa y justa en los propios servicios de salud.

La importancia que reviste el estudio de la salud para la economía, se ha acrecentado en los últimos años reconociendo que entre ambos conceptos existe una relación directamente proporcional e interdependiente, por ello, revisar las génesis de las nuevas teorías, así como su evolución, desarrollo y orientaciones, será parte fundamental del arranque de nuestra investigación, de igual manera los conceptos que dan título al presente trabajo indistinta y frecuentemente son confundidos e intercambiados entre sí, por lo que será preciso realizar una diferenciación puntual de los mismos ya que ambos (privatización y descentralización). Forman parte medular de las reformas planteadas. (Capítulo 1)

El determinar que existe la necesidad reformar los sistemas de salud, es consecuencia de un diagnóstico situacional previo, por lo que resulta imprescindible revisar una serie de documentos que nos den referencia de las condiciones actuales de los sistemas de salud en América Latina y del Sistema Nacional de nuestro país, incluyendo como parte del análisis a los principales indicadores poblacionales. (Capítulo 2).

Como consecuencia lógica de un diagnóstico situacional, deberán presentarse y analizarse las principales argumentaciones a favor de la transformación de los sistemas de salud considerando en dicho análisis a los promotores de las mismas, precedidas de la descripción de los cambios suscitados en el entorno internacional y que derivan esencialmente de la modificación del papel Estado en el accionar de las naciones, siendo pertinente además, evaluar los resultados en el presente inmediato de aquellos países en donde ha comenzado la ejecución de algunas políticas reformativas. (Capítulo 3).

Para México, se realizará un análisis similar, pero en esencia más puntual, ya que se considerarán, cada uno de los puntos relevantes que inciden en la reestructuración del sistema, hasta llegar a la parte actual del proceso; Asimismo, al tocar en forma particular al Instituto Mexicano del Seguro Social, se pretende reevaluar la importancia que dicha institución tiene en el ámbito nacional tanto en el aspecto económico, como en materia de seguridad social, destacando en el análisis las principales causas de la problemática que en la actualidad presenta, así como las alternativas que en torno a su transformación se plantean (Capítulo 4).

El presente trabajo no podría ser completo si soslayamos el análisis normativo, en cuanto a las repercusiones que las reformas traerán - ya sean estas directas o indirectas, positivas o negativas, en el corto o largo plazo -, para la población usuaria final de los servicios de salud, (Capítulo 5).

Por último, las conclusiones tratarán de dar respuesta a las preguntas planteadas con antelación, así como de dar sustento verídico a las hipótesis formuladas para la presente investigación.

La atención en la salud no puede sujetarse, condicionarse o limitarse a los cambios de los "tiempos modernos", es parte inherente a cada individuo, es su "materia prima" para el desarrollo de sus capacidades y consecuentemente es su fuente de riqueza. Es compromiso personal y también obligación social.

CAPITULO I: MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES

Se establece, que la economía es la ciencia – o quizás, el arte – que estudia la forma en que los seres humanos resuelven el problema de cómo satisfacer sus necesidades materiales ilimitadas, frente a una disponibilidad escasa de recursos.

Es por esta razón que a lo largo de la historia de los países, el funcionamiento de la economía, a tratado de ser explicada a través de diferentes visiones, desde la mano invisible de Adam Smith, hasta las recientes teorías de corte neoliberal y de la excesiva intervención de los gobiernos a la libre acción de los mercados.

La teoría de corte clásico, postulaba el equilibrio entre los mercados, bajo los supuestos de racionalidad, maximización y competencia perfecta, estableciendo que al final de un periodo los mercados tendrían a vaciarse dado que la oferta y la demanda coincidían. Bajo esta premisa los beneficios individuales, suponían un beneficio social, ya que todos los agentes se encontraban en circunstancias similares para enfrentarse al propio mercado.

Esta versión simplista de la economía hubo de modificarse, en el momento en que los propios economistas, empiezan a darle una mayor relevancia al papel que desempeñaban los gobiernos en el correcto accionar económico y al reconocer la necesidad de la intervención estatal ante las fallas que emergían del mismo mercado

Es así como surge, como una parte importante de la disciplina económica: la economía del sector público. *“La economía pública, estudia de forma específica el comportamiento, la organización, la estructura y las funciones del Sector Público en su sentido más amplio, es decir, comprende el estudio del gasto y el ingreso público, y además incorpora los conceptos teóricos de la Economía de Bienestar y la Elección Pública, mismos que servirán de base para el estudio de temas de gran relevancia tales como: la deuda pública, la empresa pública, los problemas institucionales y organizacionales de la administración pública, el sistema de seguridad social y los sistemas de salud, los procesos políticos y sociales que intervienen en las elecciones públicas y las acciones colectivas que emprenden los agentes económicos frente a distintas políticas gubernamentales, entre otros”.*⁴

La economía del bienestar, surge como una respuesta a las fallas de los mercados y ella daría sustento y justificación a la intervención estatal y a la formación posterior del Estado de Bienestar, mencionemos los puntos centrales de esta teoría:

1.1.1 La Economía Del Bienestar.

Se define como una rama de la economía que se ocupa de estudiar las condiciones que mejoran o empeoran el bienestar social de la población y se relaciona con temas de seguridad social, políticas sociales y Estado de Bienestar.

Su orientación es primordialmente normativa, ya que su teoría y modelos proporcionan una orientación de hacia donde debe dirigirse la economía a efecto de alcanzar un óptimo social, es decir, a definir y aplicar criterios o juicios de valor para juzgar que entre dos políticas (A o B), una permite alcanzar resultados más eficientes y equitativos que la otra.

La economía de bienestar centra su atención en el estudio de los mecanismos que permiten mejorar la eficiencia económica al tiempo que se logra el bienestar social.

⁴ AYALA, Espino José. (1997) “La Economía Pública: Una Guía para entender el Estado”. FE UNAM.



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.

Este modelo destaca el hecho de que los mercados pueden fallar en la asignación y distribución de los recursos: económicamente eficiente y socialmente injusta. La teoría de las fallas del mercado tiene cuatro supuestos esenciales:

- El mercado no siempre es capaz de proveer todos los bienes demandados por la sociedad (Bienes Públicos).
- Algunas actividades económicas generan costos sociales que ningún agente económico quiere o puede absorber (Externalidades).
- Los monopolios se apoderan del excedente del consumidor, manipulando los precios y/o las cantidades para elevar sus beneficios. Esta manipulación genera una pérdida de bienestar irreuperable para la sociedad como resultado de la organización del monopolio.
- La información que proporciona el mercado es incompleta y está desigualmente distribuida, generando cambios en la conducta de los agentes económicos, por los que pueden surgir problemas de selección adversa y riesgo moral.

La conclusión relevante a la que llega la economía de bienestar es que el Estado puede desempeñar un importante papel de corrección de las fallas del mercado, mejorando la eficiencia económica y el bienestar social.

Una de las aportaciones importantes de la economía de bienestar es el concepto de función social de bienestar, según la cual es posible agregar las utilidades individuales de las personas que forman la sociedad, la cual permite evaluar los deseos y necesidades de bienestar social e incluir una serie de variables (Educación, Salud, Vivienda) que reflejan la calidad de vida a la cual aspira la sociedad. El supuesto único de restricción es ocasionado por la voluntad que los individuos tienen de pagar o no sus impuestos y por los precios que estén dispuestos a pagar por los bienes públicos.

La función social de bienestar, ha recibido dos críticas, a saber:

- En la práctica es imposible comparar la utilidad reportada por un bien a las personas X y Y (problema de la imposibilidad de comparaciones interpersonales).
- La utilidad no se puede medir objetivamente, ya que solo tiene una dimensión ordinal.

Otra aportación la constituye la formulación de teorías normativas de justicia social (igualitaristas, distributivas y utilitaristas).

La economía de bienestar esta basada en dos teoremas:

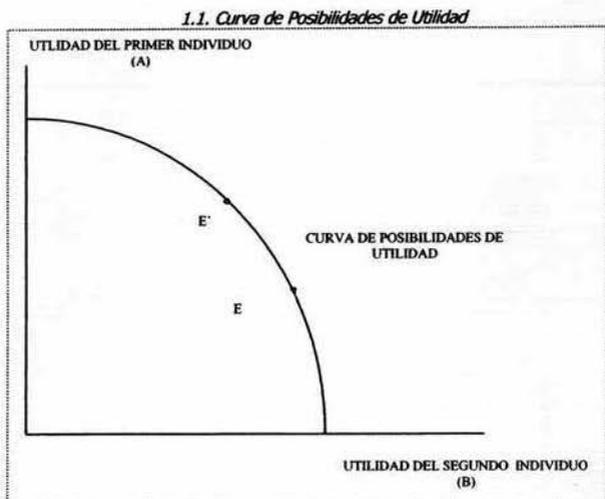
- I. Según el primer teorema, en determinadas circunstancias los mercados competitivos dan lugar a una asignación de los recursos que tienen una propiedad muy especial: no existe ninguna reasignación de los recursos (ningún cambio de la producción y del consumo) que pueda mejorar el bienestar de una persona sin empeorar, al mismo tiempo, el de alguna otra. Existen, desde luego, muchas otras asignaciones de los recursos que mejorarían el bienestar de algunos. Las asignaciones de los recursos que tienen la propiedad de no poder mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de alguna otra se denominan asignaciones eficientes en el sentido de Pareto (u óptimas en el sentido de Pareto) en honor al n economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923).

Si suponemos una economía sencilla en donde solo existen dos individuos y en la que queremos especificar el grado de bienestar de cada uno (grado de utilidad), las preguntas a contestar serían: ¿hasta qué punto podemos mejorar el bienestar del otro? ¿En qué medida podemos elevar un nivel de utilidad? La curva que muestra el nivel máximo de utilidad que puede alcanzar un

individuo, dado el nivel de utilidad alcanzado por el otro, se denomina curva de posibilidades de utilidad.

El primer teorema fundamental de la economía de bienestar establece que en determinadas condiciones, la economía competitiva alcanza siempre un punto a lo largo de la frontera de posibilidades de producción, dadas las restricciones económicas (punto eficiente en el sentido de Pareto)

- II. Según el segundo teorema, una economía competitiva puede alcanzar todos los puntos de la curva de posibilidades de utilidad, siempre que la distribución inicial de los recursos sea la correcta. Supongamos, por ejemplo, que al principio nos encontramos en el punto E de la curva de posibilidades de utilidad representada a continuación, Quitándole algunos recursos al individuo B (la segunda persona) y dándoselos al individuo A (la primera), podemos trasladar la economía de mercado competitiva del punto E al E'.



Decir que la economía es óptima en el sentido de Pareto no es decir nada sobre lo "buena" que es la distribución de la renta. En un equilibrio competitivo, (B) podría vivir muy bien y (A) encontrarse en la pobreza más espantosa (por ejemplo, en el punto E). Lo único que dice la afirmación de que la economía es óptima en el sentido de Pareto es que no es posible mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de alguna otra; que la economía se encuentra en su curva de posibilidades de utilidad. Sin embargo, el segundo teorema del bienestar afirma que si no nos gusta la distribución de la renta que genera el mercado competitivo, no es necesario que dejemos de utilizarlo. Lo único que tenemos que hacer es redistribuir la riqueza inicial y dejar actuar al mercado competitivo. Cada punto, el E, el E' o cualquier distribución final de las utilidades que deseemos lograr, corresponde a una distribución inicial de los recursos.

El segundo teorema fundamental de la economía del bienestar tiene una importante implicación: todas y cada una de las asignaciones eficientes en el sentido de Pareto pueden alcanzarse por medio de un mecanismo de mercado descentralizado. En un sistema descentralizado, las decisiones relacionadas con la producción y el consumo (qué bienes se producen, cómo y quién obtiene cada uno) son tomadas por la multitud de empresas y de individuos que integran la economía. En cambio, en un mecanismo de asignación centralizado, todas estas decisiones se concentran en las manos de un único organismo, la agencia de planificación central, o de una única persona, que se denomina planificador central.

El segundo teorema fundamental de la economía del bienestar establece que para asignar eficientemente los recursos con la distribución deseada de la renta, no es necesario que exista un planificador central que posea toda la sabiduría que puedan conferirle un economista teórico o un socialista utópico: las empresas competitivas, al intentar maximizar los beneficios, pueden hacerlo tan bien como el mejor de todos los planificadores posibles. Este teorema proporciona, pues, una importante justificación para utilizar el mecanismo del mercado. En otras palabras, si fueran válidas las condiciones supuestas en el segundo teorema del bienestar, el estudio de la hacienda pública podría reducirse a analizar las redistribuciones correctas de los recursos.⁵

Por último, la teoría asume que el Estado al igual que el mercado, enfrenta fallas en cuanto a la información, mercados incompletos y externalidades.

La economía de bienestar, al focalizar en el Estado de Bienestar y dentro de los programas de seguridad social, la atención a problemas de carácter masivo tales como la educación, salud, vivienda y pobreza extrema, entre otros; necesitó de apoyos teóricos adicionales que permitiesen definir con mayor precisión cada uno de los campos del accionar del estado.

Es así como encontramos, la especialización y una amplia gama de material preocupado por estudiar y desarrollar políticas en torno a temas y sectores en particular.

Dentro de la estructura de la Seguridad Social, el sector salud es - en los últimos años-, una de las cuestiones que ha recobrado mayor relevancia y vigencia, al reconocérsele -gracias al consenso de Washington⁶ - la implicación que ésta tiene en el desarrollo del capital humano y consecuentemente en el desarrollo económico de las naciones.

Hagamos un paréntesis para destacar más ampliamente el por que de la importancia de la salud en la economía.

1.1.2 Importancia de la Salud en el Desarrollo Económico

La salud es tanto una fuente de bienestar para las personas como un activo que forma parte de su capital humano, y que influyen sobre los ingresos monetarios futuros o en especie del individuo. Una buena salud permite que las personas gocen de los satisfactores derivados de actividades físicas, recreativas, sociales y culturales.

Asimismo, una buena salud brinda a las personas la posibilidad de realizar actividades físicas y mentales en sus centros de trabajo de forma estable e ininterrumpida. Una buena salud beneficia a quien la posee y genera condiciones favorables para las personas que la rodean, evitándose, por ejemplo, epidemias que puedan mermar a la población y con ello la fuerza laboral. Una buena salud, reflejada en una mayor esperanza de vida y en menores tasas de Mortalidad en la población, tiene implicaciones para la productividad: el incremento de la fuerza laboral; la mayor permanencia productiva de los individuos, y el aumento de la capacidad física de las personas.

Además, la salud complementa a otras fuentes del capital humano como la educación y la experiencia laboral. Una buena salud favorece las capacidades cognitivas y la retención de ideas que forman parte del acervo de conocimientos de los individuos; también permite prolongar la estancia de las personas en las actividades productivas y con ello favorece el aprovechamiento de la experiencia laboral. De esta forma, el capital humano en salud contribuye a la eficiencia y la productividad económicas.

La salud es fundamental para la acumulación de capital humano porque es la única fuente que puede determinar la cantidad de tiempo que un individuo podrá dedicar a producir bienes o dedicarlas al ocio.

⁵ STIGLITZ, Joseph. (1994) "La Economía del Sector Público" Antoni Bosh. Edición España.

⁶ En el capítulo 3, se precisara el significado y relevancia de éste acuerdo internacional.

A diferencia de otras fuentes del capital humano como la educación, en las cuales las personas invierten recursos por un número determinado de años, las inversiones en salud representan una tarea permanente para los individuos.

La salud es indispensable para el funcionamiento y el desarrollo de las capacidades productivas. Sin embargo, este activo se deprecia con la edad y con la enfermedad, hasta el punto en que ocurre la muerte. No obstante, las personas pueden alterar su expectativa de vida mediante el consumo de productos como el cigarro y el alcohol o bien mediante servicios médicos. Por ello la cobertura y la calidad de la atención médica en un país juegan un papel fundamental en la cantidad óptima de salud que pueden demandar los individuos, sin olvidar que un servicio sin calidad representa un riesgo⁷

La vinculación economía – salud, y su estudio específico, tiene su antecedente primero, en el campo mismo de la teoría micro y macroeconómica, delimitada por el propio tema, veamos los principales conceptos:

1.1.3 Microeconomía De La Salud⁸

La microeconomía estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores individuales e igualmente, estudia el comportamiento económico de grupos de productores y consumidores, los que se denominan "mercados", para nuestro caso hablaremos de los "mercados de salud".

En el sector salud hay varios mercados importantes, sujetos a características propias, algunos de ellos son:

- _ Mercado de servicios de salud.
- _ Mercado de seguros.
- _ Mercado de productos farmacéuticos y otros insumos.
- _ Mercado de equipos y tecnología.

Dentro de estos mercados se produce una amplia gama de bienes y servicios, desde agua limpia hasta cirugía estética y trasplante de órganos, esta producción puede clasificarse en:

- _ Bienes públicos
- _ Bienes meritorios
- _ Bienes privados

Bienes públicos: Los bienes públicos son aquellos que benefician a toda la colectividad, sin que se pueda identificar una persona en particular, como ejemplo de ello tenemos la producción de agua limpia, alcantarillado sanitario, control de vectores, limpieza del aire, y la educación masiva para la salud, entre otros

Bienes meritorios: Bienes meritorios son aquellos cuyo consumo produce un efecto social mayor que el beneficio del individuo que lo consume. Por ejemplo, los servicios de planificación familiar, las vacunaciones, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la educación para el control de los accidentes de tránsito, los servicios de emergencia para trauma.

Bienes privados: Los bienes privados son los que benefician exclusivamente a la persona que los consume.

En cuanto al financiamiento se establece que los bienes públicos y meritorios deben ser financiados por el gobierno, porque el sector privado no tiene ningún interés en hacerlo y la sociedad los necesita.

⁷ ORGANIZACIÓN, Mundial de la Salud, (2000). "Informe sobre la Salud en el Mundo".

⁸ RATHE, Magdalena. (2002). "Economía de la Salud: Conceptos Básicos". Fundación Plenitud República Dominicana

Los bienes privados pueden ser financiados por el sector privado con mayor eficiencia, sin embargo, incluso este mercado tiene grandes imperfecciones y requiere intervención estatal.

Para que el mercado libre asigne eficientemente los bienes privados, debe reinar la "soberanía del consumidor", es decir, éste debe tener suficiente conocimiento sobre los precios, calidad y otros beneficios, a fin de poder escoger y tomar decisiones racionales, esto generalmente no sucede en el mercado de salud, ya que dicho mercado presenta ciertas "anormalidades" en relación a otros mercados.

Explicemos; en economía se supone que el consumidor es libre, soberano, racional y que siempre trata de maximizar su beneficio y su satisfacción con los escasos recursos de que dispone, también supone que el productor es libre y que tiende a producir lo que quiere el consumidor, tratando de maximizar sus ganancias, pero en el sector salud las cosas no funcionan así, entre otras razones por:

a) Falta de conocimiento médico: Los pacientes no tienen conocimiento médico como para saber si necesitan o no un tratamiento o un medicamento, ni tampoco pueden escoger entre alternativas de medios de diagnósticos o de medicamentos, las decisiones sobre el consumo de estos bienes o servicios las decide el médico, no el consumidor final.

b) El médico es agente: El médico hace de "agente" del consumidor, asesorándolo sobre cuál bien o servicio consumir. Pero el médico también "provee" el servicio y vive de ello, por lo que hay un conflicto de interés. Hay una relación imperfecta en este mercado y el médico puede inducir un consumo innecesario.

c) Incertidumbre del precio: Uno de los prerrequisitos para que haya libre mercado es el conocimiento de las condiciones de éste, particularmente, de los precios, como normalmente hay incertidumbre en el diagnóstico así como en la capacidad de recuperación de cada individuo, tampoco es posible para el consumidor conocer los precios por adelantado.

d) Forma de pago: La teoría del libre mercado supone que el consumidor pague directamente al productor. En el mercado de salud, esto es altamente inequitativo, porque algunas personas pueden tener enfermedades muy costosas y otras ninguna, independientemente de su capacidad de pago.

La imperfección de este mercado, se puede entender con mayor precisión, si analizamos la función de producción de salud desde la perspectiva del consumidor.

1.1.3.1 Función De Producción De Salud

El hogar tiene un ordenamiento de preferencias, representable por una función de utilidad, la función de utilidad del hogar es creciente respecto del estado de salud de cada uno de los miembros, así como respecto de su ocio y su consumo de bienes; la salud de un individuo depende, a través de una función de producción de salud, de aspectos tales como⁹:

- Su ingesta de nutrientes, cuyo impacto se supone, en principio, positivo, aunque se admite que los excesos pueden ser nocivos para la salud.
- Su uso de servicios médicos (con los correspondientes medicamentos, en su caso), los cuales se suponen de calidad adecuada, por lo que su impacto en la salud es positivo.
- Su consumo de otros bienes, gran parte de los cuales son insumos importantes para la preservación de la salud (como usar ropa de abrigo en tiempo de frío o contar con una vivienda con al menos piso de cemento), aunque algunos otros tienen impactos negativos importantes en la salud, como el tabaco.

⁹ DAVILA, Enrique/GUJARRO Maite (2000). "Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México". Unidad de Financiamiento para el desarrollo División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. CEPAL Santiago de Chile.

- Su tiempo de ocio; el tiempo que él y otros miembros del hogar dedican al cuidado de su salud.
- Su nivel educativo y el de otros miembros del hogar (particularmente la madre de familia).
- Su herencia genética; y, las condiciones del entorno, mismas que se suponen exógenas (aunque en realidad el hogar tiene abierta la opción de migrar, para así mejorar su acceso a servicios públicos o para evitar riesgos de salud: contagio de ciertas enfermedades tales como paludismo o dengue; enfermedades respiratorias producidas por la contaminación ambiental; etc.).

La restricción presupuestal se formula en términos de:

- ⇒ Ingreso completo, dado que las horas a trabajar son una variable de decisión.
- ⇒ Los niveles educativos y de salud de los individuos que condicionan los salarios a los que éstos pueden aspirar en el mercado.

Y los supuestos en los que se respalda son:

- La información es gratuita y perfecta.
- Existen condiciones de certidumbre.
- El periodo de análisis es lo suficientemente largo como para que los cambios en las variables independientes afecten en su totalidad al estado de salud; y,
- El gobierno puede modificar el vector de precios que afronta el hogar (al grado de ofrecer gratuitamente ciertos bienes y servicios) y puede también realizar transferencias directas de ingresos a los hogares (intervenciones que constituyen parte fundamental de la política social del país).

En este contexto, el hogar toma las decisiones que maximizan su función de utilidad, dadas las restricciones existentes, con lo cual se determinan simultáneamente los niveles de salud de sus miembros, sus niveles de consumo de los diversos bienes y sus horas trabajadas.

Sin embargo, tal y como adelantamos, en la realidad los supuestos, no son compatibles con las características particulares de estos mercados, por lo que difícilmente se cumple el precepto de maximización de utilidad, por tanto los hogares tendrán que considerar variables complementarias a efecto de aumentar sus grados de beneficio.

Existen tres variables complementarias que permitirán un aumento de utilidad en la función de producción de salud del hogar y los individuos, la primera depende directamente de él, y las dos siguientes introducirán dentro de nuestro análisis, al Estado y el papel que desempeña, como parte determinante de la misma.

1.1.3.1.1 Salud y Nivel de Ingresos

Los insumos de la función de producción de salud son a su vez, por derecho propio, argumentos de la función de utilidad de los individuos (y por ende, del hogar) y en ambos papeles es de esperar que se comporten como bienes normales.

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

Como contrapartida, la aplicación de los dos tipos de demanda de bienes permite predecir una correlación positiva entre el nivel del ingreso completo y el estado de salud, dados factores tales como la herencia genética y las condiciones del entorno (ya que el aumento en el consumo de bienes nocivos para la salud, al elevarse el ingreso, usualmente no contrarrestará el incremento en el de los bienes favorables a un mejor estado de salud).

Sin embargo, al elevarse el ingreso se observa que los aumentos de gasto concomitantes obedecen, en buena medida, a cambios cualitativos en la canasta de bienes consumidos, más que a un aumento cuantitativo en el consumo de la misma canasta de bienes. Así, ante un aumento de ingresos del hogar, los consumidores pueden preferir diversificar los tipos de alimentos y obtener mejoras en sabor o presentación, más que incrementar su ingesta de nutrientes. Ello disminuirá la elasticidad del estado de salud respecto del ingreso, aunque es de esperar que ésta continúe siendo positiva.

Por tanto, en ausencia de una política social adecuadamente orientada, se requerirá que los hogares alcancen niveles de ingresos relativamente altos para poder cubrir sus necesidades básicas de salud.

1.1.3.1.2. Salud Y Política Social

La presencia de una gran variedad de satisfactores en la función de producción de salud tiene un interesante corolario en materia de políticas públicas, el cual, llevado al extremo, puede expresarse diciendo que *toda política social es una política de salud*.

En efecto, la inversión en redes de agua potable, los programas para enlucir pisos, la alfabetización y los programas de empleo tienen un impacto altamente favorable en la salud de la población.

En todo caso, es de esperar un alto grado de complementariedad entre los insumos básicos para producir salud, lo cual se hace patente en el caso de las familias en pobreza extrema. Así, mejorar la alimentación de un niño con parásitos intestinales le beneficiará muy poco y la infestación parasitaria será recurrente mientras la familia habite en una vivienda con piso de tierra y sin agua potable y la madre no aprenda a aplicar medidas básicas de higiene.

1.1.3.1.3. Subsidios Para La Salud

La política social tiende frecuentemente a abatir el precio de mercado de ciertos bienes o servicios, pero sin llegar a que éstos se ofrezcan gratuitamente, por ejemplo, al exentar a las medicinas del impuesto al valor agregado. En tales circunstancias, el monto percibido del subsidio es proporcional al gasto que ejerce el hogar en el bien o servicio en cuestión y si éste es normal, el subsidio se concentrará en los grupos de menores ingresos.

Alternativamente, la política social puede conllevar la distribución gratuita de dotaciones de bienes o servicios, bien sea a hogares seleccionados (p. Ej., un kilogramo diario de tortillas a los hogares pobres urbanos) o a todos los que sí lo soliciten (p. Ej., educación básica gratuita). Con ello se evita que el subsidio crezca con el nivel de ingresos, (pero no siempre se asegura que los hogares más pobres tengan acceso al mismo).

En ausencia de intervención pública, los hogares cubrirían sus mínimos de bienestar mediante la adquisición, en el mercado, de canastas de bienes y servicios cuya estructura presentaría diferencias aleatorias debidas a la diversidad en sus preferencias, así como diferencias sistemáticas regionales (e incluso étnicas) y otras asociadas al número, sexo y edad de los miembros del hogar y, de manera destacada, diferencias asociadas a los niveles de ingreso y de riqueza.

Si consideramos que tanto los subsidios, como las diversas medidas de política social, tienen influencia directa en la determinación del nivel de utilidad del individuo y los hogares, y que éstas están amalgamadas a los gobiernos, ello nos remite a analizar a la salud, desde el aspecto macroeconómico.

1.1.4 Macroeconomía De La Salud

Como ya ha quedado demostrado, la salud, esta íntimamente vinculada a la calidad de vida de la gente, la vida saludable, entonces, está muy relacionada con los avances en el plano del desarrollo económico y social, y con los valores predominantes en la sociedad.

Ningún sistema de salud puede resolver los problemas fundamentales de una sociedad, aunque sí puede contribuir a ello dentro de su ámbito de competencia, sin embargo, en los países en vías de desarrollo no se han solucionado todavía aspectos básicos y esenciales que afectan seriamente la calidad de la vida de la gente, entre los que es posible indicar los siguientes:

- El deterioro ambiental y la cobertura limitada de los servicios de saneamiento y de agua potable.
- Los niveles generalizados de pobreza, que implican condiciones de vida insalubres, dada la situación deplorable de la vivienda, los servicios y el hacinamiento.
- Los bajos niveles educativos, que resultan en prácticas poco saludables.

Como sabemos la macroeconomía estudia los fenómenos económicos en función de todo el sistema, en el caso del sector salud, le interesa conocer a fondo los problemas vinculados a la salud, los flujos financieros y los costos ocasionados por el sistema y obtener a partir de ello soluciones de política, con el fin de implementar medidas específicas.

Además, el estudio de la macroeconomía de la salud también nos permite sacar conclusiones entre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país.

Mediante la macroeconomía de la salud podemos saber si ésta se distribuye equitativamente entre toda la población o si hay grupos menos favorecidos, para precisar todo aquello que se deriva directamente del sistema de salud desde el aspecto macroeconómico encontramos, un fuerte apoyo en una ciencia de reciente creación denominada como "Economía de la Salud" ya que con sus herramientas e instrumentos específicos de estudio, nos permiten tener una visión más generalizada del sistema de salud, precisándolo como un ente, con características particulares.

1.2. ECONOMÍA DE LA SALUD

"La economía de la salud es la ciencia que estudia las consecuencias de la escasez en el sistema de salud, entendido este por la forma en que se organizan las instituciones que proveen, aseguran, regulan y supervisan los servicios de salud en un país, como rama de la economía ésta aplica las teorías y conceptos económicos a los procesos de formación de demandas, generación y estructuración de ofertas y evaluación costo-beneficio en la atención de la salud".¹⁰

Como anticipamos, la Economía de la Salud es una disciplina nueva, tal vez la más reciente de las áreas que se incorporaron a las ciencias económicas y a las de la salud, esto debido en gran parte a que la Salud ha ignorado históricamente a la Economía.

Hoy esta nueva área adquiere una importancia creciente y cada día más investigadores se inclinan hacia la temática. Pero hizo falta que algunas cosas cambiaran para que se piense a la salud desde una perspectiva económica. Los médicos, grandes determinantes de consumo y del gasto en salud, han sido educados con bastante desconocimiento de la economía. En el juramento Hipocrático los profesionales del arte de curar se comprometen a realizar todo lo posible para sanar al enfermo, sin embargo, no se puede brindar atención ilimitada en todos los casos, y en cada uno de ellos, tal como lo plantea el juramento hipocrático, por lo que debe incorporarse la noción de costo de oportunidad: Lo que se gasta en salud se deja de gastar en otras cosas, y lo que se gasta con un enfermo se deja de gastar con otros que tal vez necesiten más de ayuda.

Se considera hoy que el aporte de las ciencias económicas para organizar y administrar uno de los servicios más valorados por la comunidad es trascendente. La necesidad de eficiencia económica y de eficacia social es fundamentalmente un imperativo ético. Los médicos han empezado a preocuparse por cuestiones económicas y los economistas han empezado a interesarse en el sector salud.

¹⁰ Op. Cit. 5.

Pero ¿por qué se produjo este cambio? ¿Por qué la economía de la salud ha surgido como área importante?

Este cambio se produjo fundamentalmente porque el gasto en salud ha aumentado a un ritmo vertiginoso en casi todos los países del mundo. En 1990 el gasto mundial en salud alcanzó los 1,7 trillones de dólares, cerca del 8% de la renta mundial. Un estudio demostró que los cinco países que más gastan en salud aumentaron en más del 70% dicho gasto entre 1965 y 1982.¹¹

De hecho fue en Estados Unidos donde primero se planteó a la economía de la salud como una subdisciplina de la economía. Este país dedica el 14% de sus ingresos a la salud y ha registrado la mayor expansión de sus costos en los últimos años.

Cada país tiene un sistema de salud particular y, por lo tanto, orienta la disciplina hacia un subsector, o tema, según los problemas que surgen. De la misma manera las orientaciones de la disciplina dependen de las definiciones de salud con que se trabaja.

Cuando se piensa en la salud desde el punto de vista de la curación surge la Economía Médica preocupada por cómo calcular y contener los costos de los servicios curativos. Luego, se incorpora una segunda dimensión que busca una Medicina Económica tratando de identificar no sólo las acciones que resulten más eficientes sino también aquellas que resulten más eficaces (obteniendo mejores resultados de salud) y más efectivas (promoviendo una mayor calidad de vida).

En tercer lugar, cuando se llega a una definición integral de la salud, cuando se ve que salud es más que enfermedad, entonces, las preocupaciones de la economía de la salud se redefinen. La pregunta es ¿Cómo asignar los recursos de salud para obtener mejores resultados? y se empieza a descubrir que gastar en salud no siempre es lo mejor para invertir en salud, en otros términos, se llega a una tercera dimensión de la economía de la salud más relacionada con la epidemiología; esta perspectiva se enriqueció en los últimos años gracias a un conjunto de investigaciones que buscaban relacionar factores socio-económicos con indicadores de salud, como, por ejemplo, ingreso familiar y mortalidad infantil, es decir, demostrar que cuanto menor es el ingreso familiar mayor es el número de niños que mueren antes del primer año de vida o mueren el doble de hijos de madres analfabetas que los de madres que han concurrido a la escuela, etc.

Hay un conjunto de variables que determinan los resultados en salud, entre ellas las características organizativas, de los sistemas en que se sustentan, y es por este motivo, que la economía de la salud pasó a darles gran importancia a los modelos de sistemas de salud.

Por organización de los sistemas y servicios de salud se entiende un conjunto muy amplio, diverso, e incluso hasta contradictorio, de cosas, por lo que para entender a detalle su conformación será, necesario precisar algunos conceptos que funcionarán como dispositivos teórico-conceptuales para el análisis de este sector.

1.2.1. Dimensiones para el análisis del Sector Salud

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país:¹²

- I. Sus políticas de salud,
- II. El estado o situación de salud de la población, y
- III. El sistema de salud.

¹¹ BANCO, Mundial. (1991). "Informe sobre desarrollo mundial: La tarea acuciante del desarrollo". Washington, D.C.

¹² TOBAR, Federico. (2000). Medicina y Sociedad/. "Herramientas para el análisis del sector salud". Vol. XXIII

- I. Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud.¹³

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc. que son el insumo de proposiciones políticas.

- II. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud, Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud.¹⁴
- III. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores al mismo tiempo en que de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

En síntesis, de acuerdo a lo expuesto se puede postular que el primer paso para el análisis del sector salud en un país consiste en identificar las fortalezas y debilidades en las tres dimensiones centrales: estado de salud, políticas de salud y sistema de salud.

1.2.2. Actores y roles dentro de un Sistema de Salud

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas, cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones¹⁵

- ✓ Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.
- ✓ Ni los proveedores ni la población constituyen categorías homogéneas. Se pueden identificar diferentes *status* y categorías dentro de los proveedores y de los usuarios que involucran intereses específicos y formas de actuación acordes a ellos.
- ✓ La relación entre los proveedores y la población no es directa sino que está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y cámaras hasta el Estado.

¹³ Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50.

¹⁴ La salud de la población puede ser medida a través de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer y, de indicadores epidemiológicos más sofisticados como los AVPP -Años de Vida Potencialmente Perdidos- o los indicadores de calidad de vida asociada a salud -AVISA, Qualys, Daylis, etc.

¹⁵ FRENK, Julio. (1997). "Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud" en: RUIZ DURAN, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C.

En síntesis, en un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo:

- a) Población (usuarios),
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),
- c) Intermediarios.

Una segunda instancia de análisis consiste en identificar los roles que esos actores desempeñan:

- a) En principio la población asume dos roles: 1) el de usuarios o beneficiarios del sistema y 2) el de contribuyentes o aportantes para su financiación.
- b) Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.
- c) La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autoregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

Un tercer paso en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional consiste en identificar los subsistemas que los componen. Cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los usuarios, los prestadores y los intermediarios y cierran un circuito o flujo de provisión - financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la óptica de un país esos sistemas constituyen subsistemas. De acuerdo con las características del país esos subsistemas son variaciones o componentes de:

- Actores similares asumiendo roles similares pero en diferentes lugares (subsistemas regionales, subsistemas locales).
- Diferentes actores asumiendo roles diferentes, como ocurre cuando funcionan simultáneamente subsistemas públicos (donde la financiación y/o la provisión es responsabilidad del Estado), subsistemas privados (donde la provisión de servicios se establecen de acuerdo a la lógica del mercado), o subsistemas de seguros sociales (donde una entidad intermediaria recibe financiación del Estado para comprar o proveer directamente servicios de salud a la población).
- La combinación de las dos alternativas anteriores configurando subsistemas regionales o locales mixtos.

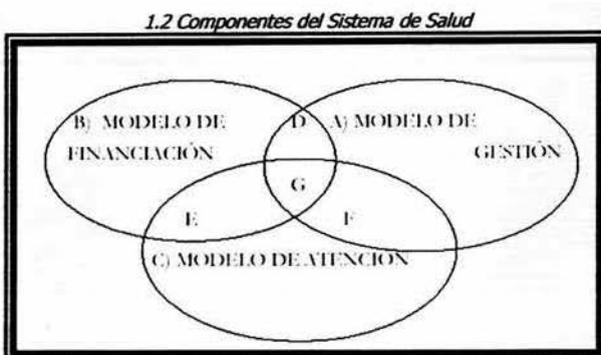
1.2.3. Componentes de un Sistema de Salud

En los estudios centrados en sistemas de salud se han identificado diferentes componentes de los mismos. Por ejemplo, cuando se privilegia una óptica socio - política se destacan componentes jurídicos,

organizativos, grupos de interés, etc. Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes¹⁶:

- a) político,
- b) económico y
- c) técnico.

Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes a dos dimensiones. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: a) uno político, al que se denominara modelo de gestión, b) uno económico, modelo de financiación, c) uno técnico, modelo de atención o modelo asistencial. El siguiente gráfico esquematiza los componentes de todo sistema de salud:



Fuente: TOBAR Federico/*Medicina y Sociedad*/ HERRAMIENTAS PARA EL ANALISIS DEL SECTOR SALUD/ Vol. XXIII/Julio 2000

A. Modelo De Gestión

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión: a) Por un lado los valores que guían al sistema, b) por el otro las funciones del Estado en salud.

a) Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).

b) Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud con total ausencia del Estado. Las funciones del Estado en salud se pueden encuadrar en cuatro categorías¹⁷:

- I. Informar a la población,
- II. Proveer directamente servicios a la población,
- III. Financiar servicios de salud,

¹⁶ TOBAR, Federico (1998). "El marco económico - social de la desregulación". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires.

¹⁷ Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sectoriales, entre los trabajos que la aplicaron recientemente se pueden citar: González García & Tobar, 1997; Musgrove, 1995.

IV. Regular el mercado de salud.

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuales y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema es importante detectar en cada país cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuales son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

B. Modelo De Financiación

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como:

- 1) *¿Cuánto debe gastar un país en salud?*
- 2) *¿De dónde deben provenir los recursos?*
- 3) *¿Cómo asignar los recursos?*

- 1) Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios. Aunque ninguno de ellos puede considerarse conclusivo, los mismos han permitido identificar una serie de variables a ser consideradas para buscar respuestas y están relacionadas con los niveles de salud de la población¹⁸, los modelos de sistemas de salud¹⁹ y el tamaño de la economía²⁰.
- 2) Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuales deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes más contracíclicas.
- 3) La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma se puede definir a través de las siguientes cuestiones relacionadas: *¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas? ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?*

C. Modelo De Atención

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico - sanitaria. En otro término, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

¹⁸ Los estudios de este tipo demostraron que la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos sigue la forma de una función exponencial. A partir de un determinado nivel de gasto per capita se encuentra un punto de inflexión luego del cual el gasto registraría un rendimiento marginal decreciente (Médici, 1994, Musgrove, 1995,).

¹⁹ Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que el nivel de gasto en salud de los países es proporcional al rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total en salud inferior (Scheffler, 1993; Scheels, 1992).

²⁰ Los estudios que tomaban al tamaño de la economía como variable independiente concluían que los niveles de gasto en salud de un país deberían mantener una relación con su riqueza. Algunos de estos estudios comparativos consideraron países de América Latina (Musgrove, 1996; Suarez, 1995; Médici, 1994).

- a. ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)
- b. ¿A quién cubrir? (¿cuales son los criterios de elegibilidad²¹ o inclusión al sistema?)
- c. ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿con cuales criterios o padrones?)
- d. ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar?)

1.2.4. Clasificaciones de los Sistemas de Salud

En la bibliografía especializada en sistemas de salud comparados se pueden encontrar múltiples criterios para clasificar los sistemas de salud²². El análisis de las taxonomías para clasificar los sistemas de salud que se presentará a continuación encuadra a los mismos según los tres componentes antes enunciados (modelos de financiación, modelos de gestión, modelos de atención).

1. En relación a los modelos de gestión:
 - a) Tipos ideales
2. En relación a los modelos de financiación:
 - a) Modelo de Evans

a) Tipos Ideales De Sistemas De Salud

El concepto de tipo ideal se utiliza para modelizar situaciones sociales complejas siendo, por lo tanto, muy útil para describir y analizar los modernos sistemas de salud. El tipo ideal implica una simplificación de la realidad de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con él. Para comprender su aplicación podemos pensar, por ejemplo, en cómo describimos una forma geométrica irregular a alguien que no puede verla. Por lo general, tendemos a describir la imagen real como una forma regular, una esfera, una elipse, un rectángulo, etc.

Lo mismo sucede con los sistemas de salud, describimos situaciones ideales a las cuales cada caso concreto se aproxima más o menos. Una vez definido el tipo ideal, el análisis de los sistemas consiste básicamente en identificar en dónde y en cuánto el caso en estudio se aleja de éste. Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuando no existe una hegemonía neta la identificación de los modelos es más difícil.

i. Modelo Universalista

Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

ii. Modelo Del Seguro Social

El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más

²¹ Aún tratándose de un neologismo, el concepto de elegibilidad es muy utilizado en el diseño de reformas y políticas de salud. El concepto se corresponde con el de cobertura poblacional de las acciones. Frenk (1996) desarrolla una tipología de sistemas de salud considerando a la variable elegibilidad como criterio de clasificación.

²² Una revisión exhaustiva de los criterios y modelos de clasificación de los sistemas de salud se encuentra en Freylejer (1996).

descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las Obras Sociales de la Argentina son exponentes de este modelo.

En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador.

///. Modelo De Seguros Privados

En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación. En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación.

////. Modelo Asistencialista

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. El denominado "Estado Mínimo" sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

El siguiente cuadro describe las combinaciones de financiamiento que se articulan en los cinco modelos de sistemas. El cuadro sólo presenta uno de los aspectos de los sistemas y no es suficiente como para tener un diagnóstico global de sus ventajas y desventajas. Por este motivo es importante analizar cada tipo de sistema a la luz de los propósitos centrales que deben orientarlos.

1.3. Modelos de financiamiento de los sistemas de salud

SECTOR DE LA POBLACION	MODELO ASISTENCIALISTA	MODELO DEL SEGURO SOCIAL	MODELO UNIVERSALISTA	MODELO DEL SEGURO PRIVADO	MODELO MIXTO
Carenciados y desempleados	Recursos Fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Recursos fiscales
Trabajadores formales y de clase media	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de primas	Contribuciones sociales basadas en los salarios
Grupo de altos ingresos	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Pago directo por los servicios y/o primas

Fuente: Adaptado de Medici, 1995

Los modelos expuestos conforman tan sólo una descripción teórica. En la realidad, no se encuentran sistemas nacionales puros como los mencionados. En general, predominan las formas mixtas, con algunas tendencias según las particularidades de cada región. Por ejemplo, podría decirse que Estados Unidos de Norteamérica presenta un modelo de seguro voluntario ya que hay más de 1.500 seguros privados que cubren aproximadamente al 75% de la población. Sin embargo, también existen dos programas públicos de seguros:

Medicare y Medicaid. Podrían mencionarse también como ejemplos los casos de Inglaterra, Suecia o Dinamarca en donde predominan modelos estatales en cuanto su financiación, organización y gestión pero además conviven con algunas formas de seguros privados, así como también con el pago directo de los usuarios.

Si bien la clasificación expuesta permite entender en una primera instancia la organización de los sistemas de salud, es posible admitir que peca de cierta generalidad, obviando algunas relaciones básicas que hacen a los sistemas de salud. La utilización generalizada de taxonomías basadas en tipos ideales puede introducir el riesgo de que todos los sistemas de salud de los países terminen siendo caracterizados como "mixtos".

b) Clasificaciones De Los Sistemas De Salud Basadas En La Financiación

Robert Evans (1981) formuló un modelo empírico para clasificación de los sistemas de salud que puede ser utilizado para identificar los subsistemas y para describir luego los sistemas de salud completos, el citado autor define a los sistemas de salud por medio de subsistemas de financiación, pago y regulación.

Nos concentraremos aquí solo en los dos primeros.

Los subsistemas de financiación se dividen en aquellos con fuente de financiamiento pública u obligatoria y aquellos con financiamiento privado o voluntario. Los subsistemas relativos al pago por los servicios de salud adquieren cuatro formas distintas:

- a) Desembolso directo de las personas sin seguro,
- b) Desembolso directo con reintegro por seguro,
- c) Pago indirecto por parte de terceros mediante contratos,
- d) Indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical.

1.4. Modelo Evans para el análisis de la organización y financiación de los sistemas de salud.

Modelos de pago	Financiación	
	Pública (Obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	(No existe)	Modelo voluntario de desembolso directo
Desembolso directo con reintegro	Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)	Modelo público de reintegro (a pacientes)
Indirecto por contratos	Modelo de contrato voluntario	Modelo de contrato público
Indirecto con interpretación vertical	Modelo de integración vertical voluntario	Modelo de integración vertical público

Fuente: Adaptado de Medic, 1995

De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho combinaciones de financiación y pago. Sin embargo, una de ellas, aunque existe como alternativa lógica, no se verifica en la práctica.

Se trata del pago obligatorio con desembolso directo sin seguro. Por lo tanto, los siete modelos restantes son:

1. Modelo voluntario, de desembolso directo.
2. Modelo voluntario de reintegro (a pacientes).
3. Modelo público de reintegro (a pacientes).
4. Modelo de contrato voluntario.
5. Modelo de contrato público.
6. Modelo de integración vertical voluntario.
7. Modelo de integración vertical público.

1.5. Efecto comparativo de los diversos modelos de financiamiento de los servicios de salud

MODELOS	CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES	EQUIDAD	EFICIENCIA MACROECONÓMICA	EFICIENCIA MICROECONÓMICA
VOLUNTARIO CON PAGO DIRECTO	Sistema más primitivo donde el financiamiento estatal o de la seguridad social no existe y el usuario debe pagar al prestador de los servicios, en el momento en que lo necesita, con dinero de su propio bolsillo	Es muy inequitativo, porque el acceso a los servicios depende de la capacidad de pago. Es muy costoso para los pacientes, quienes deben pagar cuando menos pueden hacerlo, puesto que están enfermos	Se regula por la oferta y la demanda. El consumidor tiende a restringir el gasto – por que lo asume directamente – pero el médico tiende a fomentar la demanda. Como el conocimiento es asimétrico es difícil lograr eficiencia macro ni microeconómica	No hay garantía de que pueda cumplirse con el principio de la soberanía del consumidor, por la asimetría de información entre pacientes y médicos, a favor de éstos últimos.
VOLUNTARIO CON REMBOLSO	Es el sistema típico "convencional" de las compañías privadas de seguros: la persona paga una prima, realiza los gastos médicos con dinero de su bolsillo, y la compañía aseguradora se lo rembolsa total o parcialmente	Más equitativo que el anterior, pero todavía deficiente: el acceso al seguro está relacionado con la capacidad de pago. Además las personas con riesgo mayor y, por ende, con mayor necesidad – entre las que se encuentran los pobres, los ancianos y los enfermos – tienden a ser rechazados.	El médico tiende a inducir la demanda y el consumidor no tiene interés en restringir el gasto, puesto que se le rembolsa el dinero (riesgo moral). El sistema tiende al gasto excesivo. Tiene altos costos administrativos a nivel de todo el sistema	La competencia entre aseguradores y proveedores tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios, pero a la vez, a incrementar los precios
PUBLICO CON REMBOLSO	Es un sistema semejante al anterior, pero la contribución es obligatoria y regulada por el Estado.	Puede ser equitativo debido al financiamiento equitativo que promueve la solidaridad. Los posibles aumentos en los servicios pueden hacer gravosas las contribuciones.	Hay presiones por la elevación de los costos nacionales de los servicios, por las mismas razones del modelo anterior y, por los tanto, aumenta el gasto nacional en salud.	Estimula la competencia entre proveedores, lo que tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios. A la vez tiende a incrementar los precios.
VOLUNTARIO CON CONTRATO	El consumidor paga una prima a un asegurador – que podría ser una asociación de consumidores o productores – quién a su vez paga al proveedor mediante un contrato, sobre bases per cápita o por tarifas de servicios	Tiene capacidad limitada de lograr la equidad, debido a los niveles reducidos de solidaridad y a la selección de consumidores	Tiene buenas posibilidades de contención de gasto a nivel nacional, sin pérdida de calidad. Produce ahorros en los costos administrativos	La libre elección del consumidor se restringe al grupo de proveedores contratado por el asegurador. Pero este último tiene incentivos par negociar servicios económicos de calidad para sus asociados. Tiene altos niveles de eficiencia microeconómica.
PUBLICO CON CONTRATO	Es semejante al anterior, pero la Institución intermediaria es generalmente pública o es privada pero financiada con criterios públicos, pues la contribución es obligatoria. Este es el caso típico de la seguridad social.	Es el que tiene el mayor potencial de lograr equidad, porque el financiamiento es compulsivo, lo que hace posible los beneficios de la solidaridad, puede ser diseñado para lograr la cobertura universal.	Es responsabilidad del gobierno quién decide que financiar, a quién subsidiar y el monto de los recursos a ser asignados. El sistema de contratos, sobre todo en base a capacitación, contribuye a la contención del gasto a nivel nacional.	Hay libertad de elección del proveedor (a veces también del asegurador), dentro de los límites del contrato. Hay competencia entre proveedores, lo que aumenta la cantidad y calidad de los servicios. Tiene gran potencial de lograr eficiencia microeconómica.

VOLUNTARIO INTEGRADO	La entidad aseguradora es propietaria de los establecimientos de servicios de salud y paga a los prestadores mediante salarios.	Pocas posibilidades de lograr equidad, porque la selección del asegurador depende de la capacidad de pago. Hay incentivos para la selección de riesgos.	Hay oportunidades de lograr eficiencia macroeconómica porque el sistema tiende a la contención de costos. Hay ahorro en gastos administrativos.	La libertad de elección se restringe al asegurador, pero no al proveedor. Hay competencia entre aseguradores/proveedores, lo que promueve la eficiencia. Hay tendencia a dar servicios de menor cantidad y calidad.
PUBLICO INTEGRADO	Es similar al anterior, siendo las entidades financieras públicas quienes administran sus propios centros de salud y pagan a los proveedores mediante salarios. Es el modelo público tradicional en varios países.	Puede lograr cobertura universal y niveles deseables de equidad.	Es responsabilidad del gobierno, para quién resulta relativamente fácil restringir el gasto.	No hay libertad de elección. Los incentivos a los proveedores actúan de manera perversa porque "el dinero no sigue al paciente". Las colas son frecuentes. Promueve la ineficiencia: servicios pobres y de baja calidad.

Fuente: Adaptado de Medici, 1995²³

Ventajas Del Modelo De Evans Para Análisis De Los Sistemas De Salud:

Es necesario destacar que, si bien esta modelización de los sistemas de salud da un paso más allá respecto de la clasificación tradicional al analizar con mayor detalle algunas de las interacciones entre los actores principales del sistema, no deja de constituir una abstracción estilizada de la realidad. Por lo tanto, difícilmente se encontrarán casos fieles a los modelos enunciados y las clasificaciones presentadas deberán considerarse simplemente como guías para una mejor comprensión del sistema bajo estudio.

Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en el hecho de que permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios y, de esta manera, resulta adecuado para evaluar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones. Una segunda ventaja consiste en que cada modelo constituye un circuito o flujo cerrado de provisión y financiación, de modo que una vez identificados los siete modelos particulares de sistemas, según su financiación, es posible construir un sistema complejo de la envergadura de un sistema nacional identificando sus subsistemas de acuerdo a los flujos de recursos que generan. Por otro lado, permite detectar con mayor facilidad las fallas del mercado propias de cada configuración.

Esta posibilidad de avanzar en el análisis de los sistemas nacionales desde el estudio micro de sus subsistemas se apoya en la identificación de dos de las tres preguntas centrales de los modelos de financiación de sistemas de salud: ¿de dónde provienen los recursos? – Las fuentes de ingresos del sistema- y ¿cómo son asignados? – los instrumentos o modelos de pago con que se remunera a los proveedores de servicios-. De esta manera se hace posible observar como pequeñas transformaciones o ajustes en las formas de recaudar y asignar los recursos generan cambios y repercuten sobre aspectos relacionados con la gestión y los modelos de atención. Por este motivo en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional, es fundamental identificar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud.

Flujos De Recursos Financieros Vinculados A Los Servicios De Salud:

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud. Por un lado, están los *inputs* o flujos entrantes, las fuentes de los ingresos que financian el sistema. Por el otro, están los *outputs*, o flujos salientes que constituyen los modelos de pago a los proveedores de servicios de salud. Primero, dentro de los sistemas obligatorios los ingresos se dividen en: aquellos que están financiados principalmente por contribuciones deducidas del salario y son administrados por instituciones del seguro social cuasi-autónomas; y aquellos financiados principalmente por los impuestos generales y son administrados por los

²³ MEDICI, Andre (1995). "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil". Revista de Administração Pública No. 26. Abril junio.

organismos de financiamiento del gobierno local o central. En los sistemas voluntarios los ingresos son siempre desembolsos de los usuarios que pueden ser prepagos - compra de servicios de aseguramiento, primas que el usuario paga para recibir una protección frente al riesgo de enfermar - o en postpagos - compra de servicios médicos que el usuario paga al prestador una vez que ya se enfermó y fue atendido.

Segundo, las formas o métodos de pago se pueden clasificar según a quién se esté remunerando. En principio se podría distinguir a los profesionales (personas físicas) de los hospitales (personas jurídicas). En el esquema de Evans las formas de pago a los profesionales se dividen en:

- ↳ pago por cada acto médico;
- ↳ capitación (pagos por cada cliente registrado o afiliado por período de tiempo);
- ↳ y salario (pagos por cada período de tiempo).

Los dos primeros métodos pueden describirse como relacionados a la producción o como que permiten que "el dinero siga al paciente" --esto es tiene mayor validez para el sistema de pago por acto médico que para el sistema capitado.

En el esquema de Evans, los métodos de pago a los hospitales se dividen en:

- ↳ pago por caso;
- ↳ pago por día;
- ↳ y presupuestos globales prospectivos.

Nuevamente, los dos primeros métodos pueden ser descriptos como relacionados a la producción o como que permiten que "el dinero siga al paciente". Finalmente, los proveedores de atención se dividen en:

- ↳ profesionales e instituciones independientes;
- ↳ y empleados e instituciones públicas.

Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos asalariados que retienen su autonomía profesional.

Algunos ejemplos del Funcionamiento de los modelos de financiación en el mundo:

- ⇒ **Modelo Voluntario De Desembolso Directo:** En Irlanda, más de la mitad de la población normalmente paga de su propio bolsillo las consultas, en América Latina este modelo es cada vez más residual, sin embargo, se puede decir que aún es predominante si se analiza exclusivamente el modelo de financiación de los medicamentos y en algunos países, como por ejemplo El Salvador, aún existen proporciones importantes de la población que se proveen de todos los servicios de salud a través del desembolso directo en el mercado.
- ⇒ **Seguro Voluntario Con Reintegro:** A pesar de que este modelo ha sido descrito como "convencional" comparativamente era muy poco común en Europa antes de la introducción de los planes de seguro de salud público. Hasta entonces los modelos de seguro voluntario dominantes eran del tipo integrado o contractual los cuales brindaban beneficios en especie --precursores del modelo prepago de las HMO's. No obstante ello, el modelo de reintegro frecuentemente halló un rol luego del establecimiento de los planes públicos. Arreglos que se asemejan a este modelo se pueden encontrar actualmente en los sectores privados en Reino Unido y los Países Bajos²⁴.

²⁴ OECD (1992). The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. OECD publications, Paris.

En América Latina esta modalidad no ha alcanzado gran desarrollo. Brasil es el país donde más se ha expandido, donde según Médici²⁵ en 1989 había cinco empresas operando en el sector que cubrían 950 mil personas y prácticamente duplicó su nivel de facturación en relación al año anterior. En Argentina los sistemas de seguro voluntario actúan como sistemas de reaseguro.

- ⇒ **Modelo Público De Reintegro:** El sistema francés en los años '50 se asemejaba a este modelo en ciertos aspectos, si bien el Estado subsiguientemente intervenía por detrás de los fondos de enfermedad para negociar los honorarios centralmente con los médicos y otros prestadores independientes.

Tanto el sistema de seguro de salud belga como el francés retienen elementos del modelo público de reembolso. Según Abel Smith²⁶ el único sistema nacional de seguro de salud exclusivamente basado en este modelo es el de Filipinas. Sin embargo, el modelo chileno de aseguración de los riesgos laborales también utiliza este esquema

- ⇒ **Modelo De Contrato Voluntario:** Desde hace mucho tiempo los mercados privados en Europa desarrollaron planes de seguro de salud voluntario que implicaban relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores independientes que habilitaban a estos últimos (pero no a otros) a proveer servicios en forma total o mayormente gratuita a los afiliados asegurados. Estos fueron precursores de aquellas HMO's en USA que contratan a médicos individuales ó a grupos de médicos.

Este modelo admite varias versiones: Por un lado, según quien controle o sea responsable por la gestión de los seguros, se pueden distinguir:

a) Los consumidores (como en las antiguas mutuales europeas (*friendly societies*) que han sido seguidas por algunos países latinoamericanos, en especial los que tuvieron un desarrollo pionero de sus sistemas de seguridad social. Estos esquemas de protección fueron luego evolucionando hacia formas más complejas como las *Health Alliances* en los Estados Unidos de Norteamérica y las Cooperativas Comunitarias de Salud de Colombia. Muchas mutuales de salud actúan según este modelo, pero tal vez el país donde el mismo se haya generalizado más sea el Uruguay en el cual la reglamentación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva -IAMC- siguió al modelo de las mutuales.

b) Los médicos como en las asociaciones de práctica individual actuales en los Estados Unidos de Norteamérica, las cooperativas médicas de Brasil y los prepagos médico gremiales de Argentina.

- ⇒ **Modelo De Contrato Público:** En diversas versiones, este es actualmente el modelo dominante para los médicos de atención primaria en Alemania, Irlanda, los Países Bajos, y el Reino Unido, y para los hospitales en Bélgica, Holanda, Alemania y el Reino Unido. El modelo contractual también juega su parte en los pagos a los médicos de atención primaria en Bélgica y Francia. Como entre las mayores tendencias en la organización y financiación de los sistemas de salud se destacan la separación de las funciones de provisión y financiación, de los recursos a los modelos de subsidio a la demanda y la conformación de un *mix* público - privado de proveedores de servicios, este modelo es cada vez más vigente.²⁷

- ⇒ **Modelo Voluntario Integrado:** En Argentina y Uruguay surgieron fuertes sistemas mutuales desarrollados por las diferentes comunidades de migrantes europeos (británicos, españoles, alemanes, franceses, etc.) En el caso argentino la mayoría de las mutuales de comunidad se reconvirtieron en prepagos competitivos de libre afiliación organizados sobre la base de una estructura propia (integración vertical).

²⁵ Op. Cit. 20

²⁶ ABEL SMITH, Brian (1994). "Tendencias Mundiales en el financiamiento de la salud" en MIRANDA RADIC, E. *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago de Chile.

²⁷ En él se centran muchas de las reformas discutidas en los siguientes capítulos de esta investigación.

⇒ **Modelo Público Integrado:** La mayor parte de los sistemas públicos de atención a la salud se centraron en la financiación de la oferta, esta versión cuenta con: servicios provistos a pacientes en especie; pagos de terceros organizados por organismos de financiamiento públicos, usualmente gobiernos locales o centrales; financiación por contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso, frecuentemente vía impuestos generales; y pagos a prestadores mediante salarios y presupuestos prospectivos. Variaciones del modelo son posibles, incluyendo la financiación por contribuciones del seguro social y un mayor o menor grado de autonomía clínica. Tal es el caso del programa que incorpora al Hospital Público de Autogestión ya vigente en Argentina y en implementación en el Uruguay.

En términos generales, los consumidores no pueden elegir el asegurador dentro del plan público. En la versión pura del modelo, es probable que también su elección de prestador esté limitada.

La versión pública del modelo integrado se distingue de la voluntaria porque:

§ El usuario no puede elegir al asegurador

§ El asegurador (Estado) no tiene incentivos para retener la clientela de los asegurados.

§ El usuario no puede elegir el prestador (ni el hospital ni el médico), o bien puede hacerlo pero esta elección seguramente será mucho más limitada que dentro del modelo de contrato público.

§ Involucra incentivos perversos a los prestadores. Si a los prestadores se les paga a través de salarios y presupuestos globales el dinero no sigue al paciente. A los prestadores eficientes se los recompensa con más trabajo pero no con mayores recursos la recompensa para los prestadores ineficientes es una vida tranquila y recursos no utilizados. Las colas para acceder a los servicios son un lugar común, y los pacientes tienden a transformarse en suplicantes agradecidos más que en consumidores habilitados. Además, carece de incentivos para que los prestadores minimicen los costos unitarios. Por ejemplo, el gasto hospitalario en un año es frecuentemente cubierto con una reducción de la subvención al año siguiente.

§ La eficiencia macroeconómica pasa a ser responsabilidad del gobierno, y a causa de la naturaleza integrada del modelo es relativamente fácil para el gobierno controlar el gasto total de salud al nivel que desea. El modelo integrado es probablemente capaz de lograr ahorros administrativos adicionales en comparación con el modelo de contrato. Este modelo, al implicar obligatoriedad, es capaz de lograr una cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

Este es el modelo dominante en los servicios públicos de casi todo América Latina donde los hospitales se financian a través de presupuestos (la mayoría de las veces históricos) y los profesionales son asalariados.

Por otro lado podemos sintetizar que la acción que ejerce directamente el Estado en la prestación de los servicios de salud, obedece primordialmente a la presencia de un conjunto de fallas de mercado que hace que ciertos servicios de salud asuman la categoría de bienes públicos para un sector mayoritario de la población, por que su estructura de costos hace imposible garantizar una cobertura universal mediante la provisión privada de los servicios.

1.2.5. Intervención gubernamental en los mercados de salud y fallas del mercado

La intervención pública en los mercados de salud puede también clasificarse mediante el papel que desempeñan los gobiernos y que va, desde la provisión directa de servicios de salud (generalmente preventiva) o los subsidios directos e indirectos, hasta la regulación de derechos de propiedad.

1.6. Intervención gubernamental en los mercados de salud

FALLA DEL MERCADO	EJEMPLO EN SALUD	ACCION GUBERNAMENTAL
MERCADOS INCOMPLETOS	SEGUROS DE SALUD PARA RIESGOS	SUBSIDIOS, ORGANISMOS DEDICADOS Y SERVICIOS DIRECTO
BIENES PUBLICOS	ACCIONES DE SALUD PÚBLICA (MEDICINA PREVENTIVA, EPIDEMIOLOGIA, EDUCACION PARA LA SALUD)	PROVISION DE BIENES PUBLICOS FINANCIADA POR IMPUESTOS.
EXTERNALIDADES	ENFERMEDADES ORIGINADAS POR CONTAMINACIÓN E INFECCIOSAS	FINANCIAMIENTO POR IMPUESTOS, REGULACION Y DERECHOS DE PROPIEDAD
INFORMACION ASIMETRICA	VACIO DE INFORMACION PACIENTE - MEDICO, CALIDAD DE LA ATENCIÓN E INSUMOS.	REGULACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SERVICIO DIRECTO
COSTOS DE TRANSACCION ELEVADOS	INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	PATENTES, PRECIOS, REGULACIÓN Y SUBSIDIOS

ELABORADO A PARTIR DE SANTOS - BURGOA 1994

Asimismo, las fallas en las que puede incurrir el gobierno en la provisión de servicios de salud, pueden ser básicamente de tres tipos:

- En la asignación de los programas de gasto publico.

La asignación en los gastos de salud puede estar sesgada a favor de concertaciones urbanas y en perjuicio de áreas rurales; a favor de organismos de seguridad social que atienden a los trabajadores y sus familiar y en perjuicio de los organismos de atención a la población abierta; a favor de las regiones más desarrolladas del país y en perjuicio de las más pobres; a favor de los programas de investigación aplicada y que ofrecen resultados en el corto plazo y en perjuicio de la investigación básica, por mencionar algunos casos.

- Ineficiencia operativa.

Pueden existir problemas de organización dentro de áreas especializadas del sector público, que se traduzcan en ineficiencia operativa para llevar a cabo las acciones en materia de salud y seguridad social y que reflejen a su vez un bajo rendimiento de la inversión pública. La ineficiencia operativa de los organismos públicos puede deberse a problemas de información del tipo agencia - principal, donde existen incentivos para el comportamiento ineficiente de las demás áreas de la administración pública. También pueden existir problemas de información que conduzcan a una selección adversa en materia de inversiones, por lo que tanto el diseño de los organismos responsables como de los métodos de asignación del gasto son variables relevantes para el éxito de las políticas de salud y seguridad social.

- De provisión de bienes públicos.

Los organismos públicos responsables pueden enfrentar diferentes tipos e problemas para decidir la oferta de los servicios públicos y calcular precios, tarifas y contribuciones públicas. En el caso concreto de la seguridad social, las contribuciones obrero patronales producen efectos

distorsionadores que pueden minimizarse o por el contrario ampliarse cuando las autoridades competentes deciden reducir o ampliar las tasas de contribución, respectivamente. También puede darse el caso de que la oferta de los servicios de salud supere a la demanda en algunas regiones o aún cuando éste no sea el caso, que la infraestructura de salud se encuentre distribuida inequitativamente entre regiones de un mismo país o entre organismos encargados de atender a grupos diferenciados (trabajadores formales y población abierta por ejemplo). Puede ocurrir que los costos de estimar cambio en la demanda sean muy elevados, y también pueden darse casos en los que al estado resulte más eficiente subsidiar servicios prestados por particulares en lugar de proveerlos directamente.

La acción del Estado no es por definición totalmente eficiente o ineficiente, ya que dependerá de la calidad de sus instituciones y de la capacidad de respuesta de sus organizaciones.²⁸

1.2.6. Los principios que orientan un Sistema de Salud

Para el análisis de los sistemas de salud, se proponen una serie de principios, tales como: universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios. Estos objetivos pueden lograrse mediante una combinación de funciones típicamente públicas o privadas, según sea el caso.

Los principios de universalidad, equidad y solidaridad sólo pueden alcanzarse, sobre todo en los países pobres, mediante la aplicación generalizada de un sistema de financiamiento público. La característica fundamental del financiamiento público es su carácter compulsivo, es decir, su obligatoriedad – la aplicación del poder compulsivo del estado, como dice el derecho tributario – mediante impuestos generales o cotizaciones sobre la base de ingresos. La obligatoriedad de afiliación de la población al sistema hace posible la solidaridad: Como todos contribuyen, es posible contar con recursos suficientes para que todos estén cubiertos, es decir, para la universalización de la cobertura, lo cual, de por sí, tiende a contribuir con la equidad.

Por su parte, los principios de eficiencia y calidad de los servicios, así como la satisfacción del usuario, se relacionan mejor con las funciones propias del sector privado. Esto no significa que la prestación de los servicios tenga que ser privada necesariamente, sino que, aún siendo pública, se rige por criterios de administración privada.

De esta forma, se ha mostrado que existen varias combinaciones de tipos de financiamiento y prestación, que conforman distintos modelos

Del análisis general se puede llegar a la conclusión de que el sistema de financiamiento privado, particularmente el de los grupos de altos ingresos, incluyendo los sistemas de seguros, tiende a la adopción de modelos de atención más costosos, con uso intensivo de tecnología. Si el Estado no asume el papel que le corresponde en el financiamiento público, ni orienta la acción del sector privado, se vuelve inevitable la privatización del sistema, con efectos tanto sobre el gasto total como sobre la racionalidad en la asignación de los recursos y la organización institucional.

Por su parte, el modelo de financiamiento que reúne las mejores condiciones en términos tanto de equidad como de eficiencia micro y macroeconómica, es el que se fundamenta en recaudaciones de carácter público – como son las contribuciones por ingresos o los impuestos generales – y se paga a los proveedores mediante un contrato, en base a capitación o tarifas por servicios. Por un lado, el financiamiento público puede garantizar la equidad, a la vez que racionaliza el gasto y la asignación de recursos. A su vez, los contratos con los proveedores, ya sean éstos públicos o privados, permiten relacionar los pagos con la productividad, elevando la calidad de los servicios y logrando, así, la satisfacción de los usuarios.

Para finalizar, podremos decir que el análisis del sector salud requiere de consideraciones específicas que lo distinguen de otros sectores, por un lado pueden emplearse algunas herramientas propias del análisis de

²⁸ AYALA, Espino José. (1992). "Límites del mercado; límites del estado". Instituto Nacional de Administración Pública. México

los sectores sociales, tales como el distinguir entre situación de la población, situación del sistema de servicios y situación de las políticas y por otro lado será pertinente diferenciar los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación.

Hasta este punto, hemos mostrado de manera muy general los conceptos considerados como esenciales dentro del análisis del sistema de salud, conceptos que seguiremos aplicando a lo largo de nuestra investigación y que ya entendidos nos permitirán contar con el vocabulario básico, para nuestro estudio.

El Estudio del la Economía del Sector salud, esta también muy estrechamente vinculada a los cambios que se han suscitado en los modelos económicos, entendidos estos desde la perspectiva de las transformaciones de carácter universal, El Estado de Bienestar, se ha transformado significativamente y la postura de la mínima intervención, nos obliga, a considerar con especial atención, los nuevos enfoques que se pretenden para el propio sector.

Desde este contexto, es pertinente, para una mayor clarificación del tema que nos ocupa, precisar las diferencias fundamentales que en torno a los conceptos de privatización y descentralización se establecen, ello con el objetivo fundamental de identificar hacia donde van las reformas planteadas para el caso específico de nuestro país.

1.3 DESCENTRALIZACION

En América Latina y en la mayoría de los países del llamado subdesarrollo, desde principios de los ochenta, la descentralización emergió como una respuesta a la ineficiencia, inequidad, altos costos, baja cobertura y escasa efectividad de los servicios de salud asociada al centralismo. Promovida principalmente por los organismos financieros multilaterales (BM, BID), a través de políticas para la modernización de los gobiernos y como salida a la endémica crisis económica para financiar servicios públicos en este rubro, se han implementado medidas que busquen incrementar la participación financiera de los gobiernos locales y regionales, que desarrollen formas de pago directo por los servicios o en su defecto que limiten las acciones de salud a determinadas intervenciones que pueden ser de bajo costo y alta cobertura.

La descentralización como un medio, teóricamente, cuenta con una gran potencialidad para la reorganización de las estructuras gubernamentales y de la organización y producción de servicios públicos de salud; asimismo, tiene la posibilidad de abrir espacios para la gestión y control local que podrían contribuir a orientar el funcionamiento de los servicios de salud según las demandas, recursos y necesidades sociales locales. Sin embargo, hasta ahora, esta cuestión aparece más como un aspecto teórico que como un asunto práctico en nuestras sociedades.

1.3.1. Conceptos sobre Descentralización

"La descentralización de los servicios de salud representa una estrategia política para reformar los sistemas de salud. La participación e interacción de los diferentes actores sociales, políticos y de salud de nivel local, regional y central, tanto de agencias gubernamentales como no gubernamentales, para definir objetivos, implementar acciones, gestionar y asignar recursos, constituyen indicadores principales para evaluar los proyectos de descentralización".²⁹

²⁹ UGALDE, Antonio/HOMEDES, Nuria (1998). "Ventajas Y Desventajas De La Descentralización Del Sector Salud En América Latina". Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre Reforma del Estado y de la Administración para el Desarrollo (CLAD), Madrid.

Los conceptos sobre descentralización son muy diversos y han generado un gran debate de distintas perspectivas teóricas y operacionales. Un punto de partida es que la descentralización no es un hecho unívoco. Numerosos estudios han mostrado que el término descentralización es polisémico, que se presta a confusiones y que es usado para objetivos políticos dispares y a veces conflictivos³⁰

Pese a que existen escasos acuerdos sobre el significado de la descentralización, hay consenso en una definición que entiende a la descentralización como transferencia de poder de decisión desde una agencia central a agencias periféricas o "sub- unidades" y de funciones antes desempeñadas por burocracias centrales a organizaciones distintas del gobierno central. Esta definición tan amplia ha permitido que coexistan interpretaciones diferentes en cuanto a sus dimensiones principales, y en consecuencia el mismo concepto puede significar diferentes cosas, sobre todo en relación al *qué* y a *quién* se transfiere³¹

Bajo el concepto de descentralización pueden incluirse diferentes formas organizativas que van desde la desconcentración hasta la privatización; ésta última forma es la que presenta mayores controversias para su inclusión como parte de los procesos descentralizadores. A continuación se presenta en forma resumida algunos de los significados más frecuentemente utilizados sobre las diferentes formas de descentralización, los cuales tienen un eje relacional entre los distintos actores y los procesos mismos que son objeto de la descentralización.

· La *desconcentración*, se trata de transferencias de funciones específicas hacia agencias periféricas de la misma administración central o bien de ministerios sectoriales, sin que los gobiernos locales tengan poder de integración intersectorial. Las agencias que implementan proyectos deben rendir cuentas, en este caso, a las autoridades locales del sector salud.

· La *devolución*, en cambio, se trata de la transferencia de poder político para desempeñar distintas funciones a autoridades locales autónomas con bases jurídicas, capacidad de generar recursos materiales y humanos, y poder discrecional de decisión. Aunque son una minoría, en estos casos las agencias que implementan proyectos en un sector son responsables ante los gobiernos locales o provinciales y no ante los ministerios nacionales.

· La *delegación*, se refiere de la transferencia de algunas funciones- implementar o mantener inversiones en un sector- a entidades autárquicas semi-autónomas o paraestatales que se ocupan de proveer un servicio.

· La *privatización*, se trata de la transferencia de propiedad y administración de servicios a entidades no gubernamentales, que pueden ser empresas privadas u organizaciones sin fines de lucro.³²

En la práctica, sin embargo, no es fácil identificar las experiencias reales de descentralización con alguna de estas formas organizacionales. Esto ocurre, en primer lugar, porque las definiciones mismas no son muy precisas: ¿qué significa autoridad independiente o semi - independiente? ¿Cómo puede afirmarse tal cosa? En segundo lugar, porque la mayoría de las experiencias corresponden a tipos híbridos que combinan elementos de por lo menos dos de las formas de descentralización ya mencionadas. Por ejemplo, es común encontrar casos en los cuales una descentralización con entrega de amplias responsabilidades a los gobiernos locales, se combina con limitaciones de la autonomía en la toma de decisiones, lo que la hace más similar a una desconcentración o delegación que a una *devolución*. Por el contrario, las corporaciones públicas y autoridades especiales creadas dentro del contexto de un proceso de delegación pueden tener un grado importante de autonomía, mucho mayor que el usual en tales formas de descentralización. Además, el alcance de las responsabilidades y la autoridad discrecional de las subunidades variará con frecuencia según la función involucrada (recolección de impuestos,

³⁰ LEYVA, Flores Rene (2001). "Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una política de las crisis de Fin de Siglo". INSP. Cuernavaca, Morelos.

³¹ BRONFMAN, M y Herrera C (1999). Descentralización y participación en salud: nuevos aportes para la discusión. Mimeo, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP. Cuernavaca, Morelos.

³² El siguiente apartado tratará de forma particular este concepto.

construcción y mantenimiento de infraestructura, implementación de esquemas de desarrollo rural, provisión de servicios de educación y salud, etc.). Así, cualquier intento de clasificar sin ambigüedades el proceso de descentralización de un país es realmente ilusorio³³. Al final, es necesario un cuidadoso análisis caso por caso, por país y por sector, para detectar la naturaleza precisa del proceso.

En este punto, la cuestión principal concierne a la lógica que sustenta el proceso de descentralización, es decir, ¿cuáles son las razones que justifican un proceso de descentralización?

1.3.2. Racionalidad de la descentralización y de los modelos de reforma.

a) El caso de los bienes públicos

Existen varias motivaciones posibles detrás de la descentralización de los bienes públicos, que, básicamente se pueden clasificar en tres grandes grupos³⁴:

- Razones de tipo político;
- Razones de tipo económico (aspectos fiscales), y
- Razones de tipo económico (aspectos de eficiencia y calidad).

Entre las razones políticas se destacan la redistribución del poder político, el control de situaciones conflictivas y la democratización. El primer aspecto se refiere al hecho de que descentralizar las responsabilidades significa reforzar el poder decisorio de los subniveles de gobierno y, al mismo tiempo, debilitar la posición de algunos actores centrales, aludiendo con ello no solo a la burocracia central sino también a otros actores, como los sindicatos, por ejemplo, que actúan en forma centralizada. De hecho, indirectamente, una reforma de este tipo puede redistribuir el poder entre los distintos grupos sociales. El segundo aspecto tiene que ver con que una descentralización debería permitir la atomización de algunos conflictos (incluyendo los sindicales) debilitando, entonces, su alcance. Finalmente, la descentralización debería, a través de la gestión compartida de las responsabilidades, aumentar la participación ciudadana y, por lo tanto, impulsar la democratización³⁵.

Entre las razones económicas de interés fiscal, destaca la esperanza de que una descentralización de los gastos pueda ayudar a reducir el déficit público, a través de la reducción del tamaño del sector público central (se trata de una esperanza a menudo aparente, por el comportamiento fiscal poco responsable de los niveles subnacionales) y de que pueda fomentar, indirectamente, procesos de privatización de los servicios.

Por último, se destacan las posibles ganancias en eficiencia y calidad en la provisión de los bienes vinculados al proceso de descentralización. Con respecto a la eficiencia, el supuesto básico es que las unidades descentralizadas tienen mejor acceso que la unidad central a la información sobre preferencias locales, necesidades y condiciones, y que la mejor utilización de esta información debiera aumentar la eficiencia.

Se pueden distinguir dos tipos de eficiencia: la eficiencia técnica y la eficiencia social. El primer concepto está relacionado con la producción de un resultado específico. Un proceso de producción es eficiente, en el sentido técnico, si el resultado producido alcanza la "frontera de las posibilidades productivas", lo que requiere el uso más apropiado y la mejor combinación de recursos para obtener un determinado resultado.

En principio, sin embargo, un argumento más fuerte para la descentralización podría sentarse en el terreno de la eficiencia social. Este tipo de eficiencia concierne a los movimientos a lo largo de la frontera

³³ Puede ser incluso difícil caracterizar el modelo de descentralización adoptado en el ámbito de un determinado sector, por las diferencias que se pueden dar entre las áreas geográficas de un mismo país, por ejemplo.

³⁴ Op. Cit. 28.

³⁵ Se da un énfasis particular a las razones políticas en Prawda, J. (1992), *Educational Decentralization in Latin America: Lessons Learned*, Banco Mundial, Washington, D.C.

de las posibilidades productivas, vinculados con la elección de una diferente composición de resultados, con su correspondiente combinación de insumos, que refleja los valores de los individuos o de la comunidad de individuos considerados³⁶. A menudo, se señala que el principal problema que tiene que enfrentar el gobierno central en el abastecimiento de bienes públicos es la falta de información sobre las necesidades y preferencias locales, y que a este respecto una estructura descentralizada de toma de decisiones podría favorecer una óptima relación entre suministro y demanda³⁷.

b) El caso de la salud

Ahora, específicamente en cuanto a la salud, el tema que se va a enfrentar es si la descentralización es justificable como factor de eficiencia. El punto de partida en esta discusión concierne a la naturaleza de estos bienes. Por un lado, la salud no es puramente un bien público, porque su consumo puede ser excluyente y puede tener precio (cargos a los usuarios). Estas dos características, al mismo tiempo que pueden justificar la provisión privada de estos servicios³⁸ sugieren que la provisión local podría ser una respuesta a la sobre utilización de los servicios (dado que el cumplimiento de las preferencias locales actúa como desincentivo a la llegada de mucha población a una unidad particular), y se justifica por cuanto los costos de producción podrían ser fácilmente cubiertos. Sin embargo, la salud es un bien caracterizado por importantes externalidades positivas que se despliegan más allá de la comunidad local, directamente a través de la migración geográfica, e indirectamente a través de su impacto sobre la acumulación de capital humano. En esto se diferencia de otros bienes públicos cuyos beneficios están localizados en una región geográfica específica. Se puede concluir que, en lo que toca a la eficiencia, descentralizar la provisión de estos servicios requiere la utilización de algún mecanismo corrector capaz de entregar los incentivos productivos adecuados³⁹.

Respecto a los otros factores que afectan la eficiencia, existen canales a través de los cuales la descentralización debería permitir reducir los costos de la provisión y mejorar los resultados.

Entre los canales de reducción de costos, se pueden mencionar la utilización más intensiva de recursos locales y el mayor involucramiento de la comunidad de usuarios en la gestión, los que deberían contribuir a aumentar el control sobre los costos. En el caso de la salud, una reducción de los costos medios podría darse como resultado de niveles más altos de utilización. Hay que destacar, sin embargo, que descentralizar significa perder economías de escala y arriesgarse a aumentar los gastos administrativos y burocráticos.

En cuanto a los resultados, la flexibilidad de gestión –más propia de las condiciones locales– y la reducción de los tiempos de decisión son dos de los canales a través de los cuales la reforma debería actuar positivamente sobre la eficiencia de la provisión⁴⁰.

Finalmente, como expresión de eficiencia social, el efecto de la descentralización puede ser bastante fuerte si las preferencias y necesidades locales se manifiestan efectivamente y se encuadran dentro de la combinación de resultados deseados por la comunidad (incluyendo la asignación de prioridades entre diferentes tipos de servicios básicos de salud y de objetivos de cantidad y calidad).

³⁶ BEHRMAN, J. (1995), "The Impact of Distributive Policies, Governmental Expenditure Patterns and Decentralization on Human Resources", documento de respaldo para el Informe sobre desarrollo humano del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 1996, Nueva York.

³⁷ MUSGRAVE, R y P.B. Musgrave (1989), *Public Finance in Theory and Practice*, " Cap. 13, 27 y 28, quinta edición, Nueva York.

³⁸ De acuerdo a Stiglitz (1988), "La Economía del Sector Público", la salud se define mejor como "bien privado públicamente provisto", teniendo muchas de las características de los bienes privados.

³⁹ PRUD'HOMME, R. (1995), "The Dangers of Decentralization", *The World Bank Research Observer*, vol.19, n°2.

⁴⁰ Una evaluación crítica de la descentralización administrativa y curricular, aplicada al caso de América Latina, se encuentra en UNESCO/ REDUC (1991).

1.3.3. Variables que influyen en la decisión de descentralizar.

En todos los sistemas de salud hay actividades que no pueden descentralizarse. A modo de ejemplo y sin intentar ser exhaustivos, se pueden mencionar las siguientes: las que establecen normas de control de calidad de servicios, de enfermedades transmisibles, de salud ocupacional, de calidad de agua y del medio ambiente; las que determinan la cantidad y distribución de los fondos de solidaridad, las dirigidas a definir la lista de medicamentos básicos; las que establecen el plan de desarrollo de recursos humanos para la provisión de servicios y para la administración de los mismos; las que establecen estándares; las que regulan las actividades económicas que tienen impacto en la salud como pueden ser la producción, transporte, y distribución de alimentos; y las que establecen las normas generales de financiación de los endeudamiento de los servicios centralizados, porque son propias de un gobierno central.

Hay variables que condicionan las funciones que se pueden descentralizar. Entre ellas podemos mencionar: el tamaño de un país en términos de extensión o de población, el nivel de desarrollo socio-económico del país o de una unidad político-administrativa, el contexto histórico, el contexto político y el contexto cultural. Los siguientes ejemplos ilustran las limitaciones impuestas por estas variables:

- Economías de escala puesto que requieren que países pequeños centralicen la compra de insumos, incluyendo medicamentos. Igualmente, resulta muy difícil a unidades político-administrativas pequeñas de escasos recursos económicos establecer normas de salud ambiental y de salud preventiva-promocional a las que se oponen las grandes compañías nacionales y mucho menos a las transnacionales, por lo que la regulación de las compañías multinacionales es uno de los grandes problemas incluso para los gobiernos nacionales.

- Los servicios de atención médica: ya que necesitan un mínimo de población cuyo número aumenta a medida que aumenta la complejidad del servicio. Por lo tanto, no todos los municipios o incluso provincias pueden ofrecer servicios de cierta complejidad. Esto exige que hospitales, laboratorios den servicios a varios municipios pequeños, y hospitales especializados de tecnologías avanzadas quizá a varias provincias pequeñas. La necesidad de agrupar varios municipios/provincias en regiones de salud impone importantes limitaciones en la descentralización local y, provincial.

Las experiencias de Chile, Colombia y Brasil, países que han avanzado más en el proceso de descentralización sugieren que la descentralización tipo regionalización crea problemas de coordinación y de ineficiencia al aumentar referencias innecesarias a niveles superiores. El problema se agrava cuando los sistemas de financiación de los niveles son independientes ya que los niveles inferiores disminuyen su gasto al transferir el cuidado del paciente, al nivel de especialidad, y/o aumentan la satisfacción de los usuarios. La ambigüedad técnica hace difícil reglamentar las referencias incluso con adecuados sistemas de control y supervisión.

1.3.4. Modalidades de descentralización.

Hay una gran variedad de posibles modalidades de descentralizar los servicios de salud. Mismas que no son estáticas ya que a medida de que cambian las tecnologías y hay transformaciones políticas, demográficas, y económicas irán evolucionando las opciones.

La gestión y administración del sector salud incluye muchas funciones, instituciones y niveles administrativos. Se puede descentralizar a varios niveles geográficos (regional, provincial, municipal, comunal) y dentro de cada uno de ellos a nivel de establecimientos (hospital, centro de salud, centros de diagnósticos etc.).

El número de funciones que se pueden descentralizar es grande. En términos generales, podemos distinguir funciones fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento, y compra de insumos; y cada una de estas incluye un sin fin de funciones que hay que identificar y decidir si son de control central o si pueden descentralizarse y a que nivel⁴¹.

Funciones fiscales. La generación de fondos puede descentralizarse total o parcialmente, y la generación de fondos a nivel local puede estar o no estar reglamentada a nivel central. Las provincias y municipios pueden a su vez permitir que las unidades proveedoras de servicios generen fondos propios a través de cuotas de recuperación. Las entidades descentralizadas más ricas tienen capacidad de captar más recursos, que como se verá más adelante ha aumentado la inequidad.

Es importante definir quien ordena el gasto. Se puede ordenar dentro o fuera del sector, y dentro del sector lo puede ordenar en todo o en parte las secretarías de salud provincial o municipal o las instituciones proveedoras de servicios. Cualquier variedad ofrece ventajas y desventajas.

Funciones programáticas. Otra función del sector salud es la definición de los programas de prevención y promoción. En los niveles locales puede haber desincentivos para ejecutar programas que tienen externalidades. Departamentos, regiones y municipios de salud pueden decidir no programar funciones con externalidades con la intención de beneficiarse del programa de la Jurisdicción vecina, o esperar hasta que la jurisdicción vecina lo haga para evitar un gasto que de ser hecho por una sola jurisdicción tendría un costo-beneficio alto.

Recursos humanos. La descentralización del recurso humano incluye la transferencia de decisiones sobre la formación y el manejo del recurso humano. Los programas de formación de técnicos superiores (médicos, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, enfermeras universitarias, etc.) Corresponden al ministerio de educación y son nacionales. La formación de personal de apoyo puede transferirse a provincias o municipios, por ejemplo los promotores de salud, pero el plan de capacitación puede estar diseñado en un nivel superior. El manejo de personal incluye funciones de planificación de necesidad de recursos, selección, evaluación, transferencia, promoción y despido de personal, formación continuada, determinación de escalas salariales, paquetes de beneficios, etc. Cada una de estas funciones puede estar centralizada o descentralizada a diferentes niveles. Por ejemplo, en Paraguay, los departamentos no tienen capacidad de reclutamiento pero pueden hacer transferencias de personal dentro de la Jurisdicción y pueden despedir. En México los estados pueden despedir pero corren el peligro que la plaza vacante desaparezca.

Debemos además mencionar que la descentralización afecta los intereses de muchos trabajadores del sector salud que de una forma u otra pueden dificultar su implementación. Se ha reconocido que los administradores centrales no aceptan perder su poder, y que los administradores provinciales una vez que reciben el poder tampoco tienen interés en transferirlo -Y niveles inferiores, reproduciendo a nivel provincial el centralismo que se intentaba cambiar. Los empleados públicos que temen perder su empleo o beneficios laborales, cambio de residencia de actividades no solamente se oponen a los cambios sino se desincentivan y su productividad baja durante los periodos de cambio.

Participación comunitaria y democratización. La declaración de Alma Ata (1978)⁴² consideró la participación comunitaria en atención primaria una garantía para que los servicios respondan a la necesidad de los usuarios y sean aceptados por ellos. Se piensa que la participación comunitaria es un medio que ayuda a los usuarios a definir sus necesidades. La comunidad conjuntamente con los proveedores deciden como satisfacerlas, lo cual facilita la implementación de programas, y asegura su aceptación. También se ha sugerido que la participación comunitaria incrementa la posibilidad de que

⁴¹ DI GROPELLO, E. (1997), "Descentralización de la educación en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, n°57, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

⁴² En el capítulo 3, se verá a detalle este documento.

usuarios exijan cuentas (accountability) a los trabajadores de salud ya que la supervisión y el control de las actividades del personal es más fácil en un sistema de salud descentralizado: *"La participación comunitaria en la supervisión de los servicios resulta en una entrega más oportuna de los mismos, en mayor cobertura, y mejora la calidad, dicho de otra forma, la descentralización hace más flexible la gestión, y permite ajustar los servicios a las necesidades locales"*.⁴³ Desde esta perspectiva, la descentralización y la participación comunitaria se complementan aunque la declaración de Alma Ata no sugiere como se resuelven los conflictos que se generan cuando los deseos de la comunidad van en contra de principios técnicos.

1.3.5. Algunos indicadores para el análisis de la Descentralización

¿Qué tan descentralizada está una sociedad? ¿Cuáles son los espacios de participación y control social?, ¿Qué implica, descentralizar servicios de salud? ¿Cómo medimos el grado de descentralización de los servicios y su impacto en la población? ¿El análisis de la descentralización de las relaciones políticas involucra la evaluación de los cambios en la centralización política?

El estudio del grado de dependencia/autonomía, integración/fragmentación, unidad/dispersión, son entre otros, los dilemas sobre los que han girado los análisis de las relaciones centrales y locales. El proceso de descentralización de los servicios de salud implica distintos arreglos y combinaciones entre los diversos actores sociales y políticos, lo que puede corresponder o expresarse a través de negociación pública o privada de los intereses en juego.

La mayor parte de los países de América Latina, ya han implementado un proyecto de Reforma de los Servicios de Salud, el cual puede denominarse en forma distinta uno a otro, pero que tienen en común desarrollar una estrategia de *descentralización*. Dada la amplitud de su significado y de sus repercusiones prácticas, conviene tener en cuenta algunos elementos que nos permitan conocer el proceso y los resultados atribuibles a la descentralización. Sin embargo, no hay un paquete de indicadores para evaluar la descentralización, ya que esto depende del componente, de las condiciones o incluso de la pregunta que se desee analizar.

Si bien la descentralización de los servicios de salud constituye un proceso principalmente político en el cual los distintos actores pueden representar sus intereses de diferente forma, hay indicadores "duros" los cuales pueden señalar qué tan descentralizados se encuentran los servicios de salud. Uno de estos, y quizá el más importante, está representado por el financiamiento de los servicios.

Las preguntas básicas para este análisis consideran por una parte las fuentes de financiamiento y por otra el control en la distribución, asignación y vigilancia del gasto en salud. ¿Quién y cuánta es su aportación? ¿Dónde, cuando y cómo se distribuye, asignan o gastan los recursos financieros? El análisis de la relación entre la proporción del financiamiento en salud según las fuentes financieras y las variables de control del financiamiento constituyen un modelo útil para la evaluación de la situación de la descentralización de los servicios de salud. En este modelo se esperaría que en los servicios con mayor aporte financiero local tengan mayor control sobre el ejercicio del gasto en salud. En este esquema estaríamos ante unos servicios relativamente más descentralizados que aquellos en los cuales tanto la proporción del aporte como la vigilancia y control de éste proviniera de áreas organizativas centrales. Sin embargo, ¿cuáles son las consecuencias en la equidad en el acceso a los servicios, sobre todo para los grupos sociales más vulnerables?

Si la descentralización es vista como un medio, entonces pueden emerger preguntas respecto al impacto de la política en la organización, equidad, acceso, cobertura, calidad, eficiencia, costo, entre otras variables, de los servicios de salud. Estas variables son elementos constitutivos de los procesos de Reforma de los Sistemas de Salud, en la cual la descentralización favorece el logro de tales propósitos.

⁴³ Op. Cit. 28

A continuación se plantean algunas cuestiones que pueden ejemplificar la forma en que podemos aproximarnos al análisis de la descentralización. En estos ejemplos, se le atribuye a la descentralización los cambios en observados en los servicios de salud.

- ¿La descentralización de los servicios de salud incrementó la participación social en la organización, gestión y financiamiento de los servicios?
- ¿Con la descentralización se incrementó la cobertura y la eficiencia de los servicios de salud?
- Como consecuencia de la descentralización, ¿cuáles fueron los principales grupos sociales o regiones socioeconómicas donde se incrementó la disponibilidad de recursos para atención de la salud?
- Con la política de descentralización ¿se incrementó la calidad y la demanda de los servicios de salud?

El análisis de estas y otras preguntas puede contribuir a dibujar el mapa de la situación en que se encuentra la descentralización de los servicios de salud así como su impacto en la oferta y producción de servicios de acuerdo a necesidades locales de salud. Esta información será de utilidad para configurar escenarios posibles y perspectivas del proceso de descentralización de los servicios de salud en los diferentes países, tal y como lo haremos en capítulos siguientes.

1.4. PRIVATIZACION

Como ha quedado establecido, la descentralización no es privatización per se, sin embargo la diversificación de usos que se le da a este concepto, nos obligan a ser aún más puntuales a manera de que se entienda si la privatización es una forma de descentralización o si la descentralización es el proceso que termina en la privatización

1.4.1. Definición

Las proposiciones de privatización que se debatían en la década de los ochenta están inscritas e inspiradas básicamente, en el modelo neoliberal y en la teoría económica neoclásica que se fundamentan en la creencia en que las fuerzas del mercado distribuyen los recursos, salarios, bienes y servicios más efectivamente y eficientemente que las fuerzas interventoras del Estado. Estas proposiciones están principalmente, referidas a la reducción de la intervención económica del Estado en la sociedad. "*Por privatización se designa, en términos generales, aquellas políticas diseñadas para establecer los principios del mercado en la provisión y distribución de los servicios públicos*"⁴⁴. Es esta última, la dirección más controversial de la privatización ya que tiene que ver directamente con la distribución social de los recursos

Las orientaciones doctrinarias tuvieron su desarrollo más acabado, bajo las administraciones de Margaret Thatcher en Inglaterra y Ronald Reagan en Estados Unidos. Estas experiencias se extendieron a un grupo de países del primer mundo, como España, Italia, Francia, Canadá y Alemania.

Para la mayoría de los analistas de la privatización, ésta se refiere a la transferencia de funciones y actividades del sector gubernamental al sector no directamente controlado por el Gobierno. Dentro esta lógica el sector público redefine su intervención en la sociedad fundamentalmente a través de las empresas estatales, lo que trae como consecuencia un rediseño en el gasto público. La privatización en el área social funciona como una extensión de un proceso que tiene su origen en el ámbito económico.

⁴⁴ PULKINGHAM, Jane. (1989). "*From public provision to privatisation: the crisis in welfare reassessed.*" *Sociology*, vol.23, N° 3

1.4.2. Enfoques para el análisis.

De una revisión de la literatura más reciente sobre el tema, se pueden inferir por lo menos tres enfoques que ayudan a comprender este proceso⁴⁵.

El primer enfoque, considera a la privatización como un fin en sí mismo y enfatiza sus aspectos económicos. Estos estudios analizan los procesos de privatización en términos comparativos, utilizando básicamente las experiencias de los países desarrollados, como Estados Unidos, Francia, España, Inglaterra e Italia. También hay referencias sobre algunos países en vías de desarrollo como Chile, Brasil, Corea del Sur, Bangladesh, Sur África, entre otros. Los autores representantes de este enfoque, realizan una evaluación de las experiencias anteriores en términos de los éxitos alcanzados y/o fracasos, destacando los primeros sobre los obstáculos o dificultades. En la literatura perteneciente a este enfoque, también se encuentran referencias a las modalidades que se adoptaron para cada caso y sus resultados en cuanto al ahorro del gasto fiscal del Estado y al nuevo estilo de gerencia orientado hacia la búsqueda de eficacia y eficiencia en los entes una vez privatizados.

Desde esta perspectiva, la sociedad civil es el empresariado organizado y se coloca por encima del Estado. Se podría inferir que este sector sería el instrumento para aumentar la eficacia de los aparatos del Estado. Los exponentes de este enfoque, comparten la idea de disminuir la presencia del Estado en la economía y de redimensionarlo, no solamente en las áreas económicas sino también en las sociales. Aquí el objetivo explícito es fomentar una nueva división del trabajo entre los sectores público y privado con el fin de aumentar la eficacia y eficiencia de ambos. Sin embargo, una derivación de este objetivo es el de mantener separados estos sectores. El primero, en el ámbito estricta y tradicionalmente social y el segundo, en el ámbito económico. Los autores considerados en este primer grupo sostienen que lo anterior es una condición necesaria para que una sociedad alcance el desarrollo medido en términos de crecimiento económico.

El segundo enfoque destaca los aspectos sociales y políticos del proceso de privatización. Este enfoque trata de vincular la privatización, básicamente a los aspectos político-sociales de una sociedad determinada y argumenta que sus posibilidades de surgimiento y modalidades de expresión deberían estar relacionadas con la tradición sociopolítica y cultural que le es propia a cada país. De allí que los procesos de privatización devienen de decisiones políticas que se toman asociadas, principalmente a una forma específica de Estado.

Quienes suscriben este punto de vista sostienen que las condiciones socioeconómicas en las cuales se sucedieron los procesos de privatización en los países europeos, divergen sustancialmente de las condiciones que presentan hoy en día los países latinoamericanos, así como también hay diferencias substanciales socio - históricas entre los propios países latinoamericanos; por lo tanto los resultados esperados variarían puesto que el surgimiento y desarrollo del Estado Latinoamericano es diferente al de cualquier Estado Europeo. Podría concluirse que un proceso de privatización tendría que vincularse a las características socioculturales propias de cada sociedad y asumirse como uno de los medios para lograr un fin mucho más complejo como es el desarrollo de la sociedad.

Como parte de este enfoque, es importante destacar el análisis que sobre este punto hace Scarpac⁴⁶, quien, básicamente argumenta que los procesos de privatización en general, y la tendencia hacia la privatización de los servicios de salud en particular, no pueden estudiarse o interpretarse simplemente explicándolos como productos o respuestas a la crisis fiscal del Estado, al elevado monto de la deuda externa y el déficit presupuestal que presentan los gobiernos. Como tampoco podrían ser interpretados como productos de una conspiración para acabar con el *Welfare State*. Específicamente este autor

⁴⁵ LAURELL, Asa Cristina y ORTEGA, María Elena. (1991). *"El proceso de privatización en salud. El caso de México"*. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

⁴⁶ SCARPACI, Joseph (Ed.). (1989). *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Rutgers University Press. New Brunswick. U.S.A.

argumenta que la privatización de los servicios de salud depende de la naturaleza específica del conflicto entre el Estado, el sector privado, los consumidores y el capital (nacional o internacional). Si bien los aspectos económicos de la reestructuración de los programas sociales son importantes para entender los procesos de privatización, ellos sin embargo, no dan cuenta de cómo tal reestructuración se manifiesta dentro de los diferentes sectores (social, económico, político y cultural).

Pareciera que para los exponentes de este enfoque, la política de privatización trata de establecer los límites a la intervención estatal, principalmente en las áreas productivas e industriales, al mismo tiempo que dicta las pautas para una redefinición de la intervención pública y privada en el área social.

El tercer enfoque, estudia la privatización desde el punto de vista teórico-conceptual, es decir discute el contenido del concepto analizando los problemas de carácter metodológico que podría acarrear su instrumentación, ya no en la sociedad como un todo, sino en sus diferentes subsectores. Aquí hay un esfuerzo por separar, conceptual y metodológicamente, las tendencias hacia el aumento de la participación del sector privado en las esferas públicas, incluyendo en éstas la social, sucedidas antes de los ochenta y los llamados 'procesos privatizadores' posteriores a esta década. Los cuales son el resultado de una decisión política de alto nivel que involucra negociaciones y transacciones entre los diferentes intereses que se articulan en torno a determinados procesos productivos. Por otro lado, estos procesos privatizadores, sobre todo en los países latinoamericanos, son resultado también de las negociaciones sobre el pago de la deuda externa con las agencias internacionales, las cuales la incluyen como uno de los requisitos principales.

Los procesos de privatización, es decir la invasión de lo público por lo privado, delimitan un determinado tipo de acción: aquella mediante la cual las relaciones de propiedad, control o usufructo, o todas ellas según sea la modalidad del convenio, pasan a manos de entidades jurídicas o personas naturales privadas. Ello es importante porque por esta vía quedan excluidos de la consideración de privatización, los procesos y tendencias de crecimiento de lo privado anteriormente existentes a la "firma" de un convenio o transacción, es decir de lo que se identificaba como tal antes del cumplimiento del "pacto".

Tanto el segundo como el tercer enfoque estudian los procesos de privatización desde un punto de vista crítico y comparten el análisis según el cual las especificidades políticas, sociales y económicas que presentan los países y los sectores sujetos a ser privatizados son elementos que necesariamente deben ser tomadas en cuenta.

Es importante destacar que las tres perspectivas mencionadas no son puras en sí mismas, en donde los análisis que privilegian lo económico y el corto plazo no consideran los aspectos sociales y políticos y viceversa.

Sintetizando, la privatización definida en un sentido amplio abarcaría todas aquellas acciones que tienen como meta reducir la intervención del Estado en la economía. En consecuencia, comprendería no sólo una transferencia de bienes públicos al sector privado, sino también la desregulación de determinadas actividades públicas o privadas, al igual que la concesión de la prestación de servicios públicos al ámbito privado.

Definida en un sentido estricto, la privatización se circunscribiría al cambio de titularidad o gestión del sector público al privado lo cual implica la asunción, por los particulares de bienes o actividades económicas anteriormente bajo la titularidad o gestión pública. Por consiguiente, en este sentido la privatización y desregulación son conceptos distintos, que implican y refieren acciones y procesos diferentes. La desregulación remite a un conjunto de acciones conducidas con el ánimo de dinamizar la vida económica y que consisten básicamente en la eliminación, por parte de las instancias públicas competentes, de restricciones y constricciones que afectan a las decisiones empresariales⁴⁷.

⁴⁷ DE LA SERNA, María Nieves. (1991). "Privatización y desregulación: Consideraciones sobre algunos aspectos de los procesos de privatización y desregulación de Gran Bretaña, España y Argentina". Revista Internacional de Ciencias Administrativas. No. 57.

1.4.3. Proceso de Privatización del Sector Salud.

En algunos países de la Región existen algunas esferas del campo social que ya han comenzado a transitar el camino hacia la privatización, como son la educación, la seguridad social y la salud. En el área de la salud, los argumentos en favor de su privatización que se suman a los apuntados anteriormente son fundamentalmente los siguientes:

1. El servicio de atención en salud es muy costoso para ser una actividad garantizada solamente por el Estado, sobre todo en lo referente a la incorporación de tecnología de punta.⁴⁸
2. Se cuestiona el principio solidario del financiamiento originado en el cobro de impuestos o a través de los mecanismos de la Seguridad Social. El financiamiento vía impuestos o vía seguridad social incluye tanto a los usuarios directos como aquéllos que no lo son.⁴⁹
3. La prestación de servicios de atención en salud no es una obligación del sector público por el contrario es una cuestión privada. El Estado debería ocuparse sólo de la prevención, de garantizar mejor los derechos y de responder a las demandas de todos.⁵⁰
4. La demanda en salud se libera y se dirige hacia la búsqueda de paquetes de prestaciones de atención más acordes con la heterogeneidad de los intereses de los usuarios.⁵¹

Los cuatro argumentos arriba señalados cuestionan en particular dos de las funciones tradicionalmente ejercidas por el Estado Latinoamericano, independientemente de la modalidad que se adopte para instrumentar el proceso de privatización. Estas funciones son la responsabilidad del Estado por el financiamiento de los servicios sociales y por la prestación de los mismos.

Sin embargo, es necesario anotar que en su conjunto los argumentos referidos ponen en discusión, en última instancia, la solidaridad social y el concepto de ciudadanía universal. Por que entienden que un sector de la población (los sanos, los jóvenes y los ricos) no deberían financiar a los enfermos, a los viejos y a los pobres. Aquí subyace la concepción de que el proceso salud-enfermedad es una cuestión privada y por lo tanto, sus soluciones se deberían dar en la esfera de lo privado. Esto refuerza la idea de que para cada necesidad, respecto a la salud y demás condiciones de vida, se generan diferentes capacidades de respuesta dirigidas a satisfacerlas. Prueba de ello es el aumento de la promoción de paquetes diferenciados de atención en salud dirigidos a segmentar cada vez más a la población, originando así distintas clases de ciudadanos.

Históricamente, las sociedades latinoamericanas se han desarrollado con base en la desigualdad, ello se daba al mismo tiempo en que se manifestaba una constante preocupación por mejorar las condiciones de vida de los sectores mayoritarios de la población. En la coyuntura actual, el Estado Latinoamericano progresivamente está abandonando algunas de sus funciones redistributivas y distributivas, por lo que se acentúa la desigualdad social de una manera peligrosamente irreversible.

Se han identificado varios métodos para privatizar un ente público, Pirie identificó 22 tipos de privatización⁵². Estos van desde la venta y transferencia de un servicio público hasta su cesión o contratación lo cual tiene que ver con lo que se entiende por y se quiere con la privatización. En

⁴⁸ FREID, B., Deber, R. y Leatt, P. (1987). "Corporatization and Deprivatization of health services in Canada". International Journal of Health Services. No. 17.

⁴⁹ Op. Cit. 45.

⁵⁰ BANCO Mundial. (1989). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. No. 103.

⁵¹ MOHAN, John. (1989). "Rolling Back the State?: Privatization of health services under the Thatcher Governments." In: Scarpaci, J. (Ed.) Health Services Privatization in Industrial Societies. Rutgers University Press. New Brunswick.

⁵² PIRIE, Madsen. (1985). *Dismantling the State: The Theory and practice of privatization*. Dallas: National Center for Policy Analysis.

consecuencia, a partir de los diferentes métodos se podrían construir diferentes estrategias de privatización⁵³.

La variedad de los métodos o estrategias de privatización de los entes o/y de las funciones públicas abre un espectro de opciones y selecciones, según sea el contenido básico que se le dé a la privatización, que expresa al mismo tiempo las preferencias políticas. Según Eaton⁵⁴, estos procesos podrían agruparse de acuerdo al tipo de gestión, siendo éstos, burocráticos, capitalistas o populistas. Los primeros comprenden el arrendamiento por parte del Estado de sus activos a un empresario privado. En estos procesos, el Estado continúa siendo el dueño y si la empresa es rentable compartiría los beneficios con el arrendatario. Una segunda estrategia dentro de este grupo es la privatización de la gestión sin la venta de los activos, los cuales seguirían en manos del Estado.

Los denominados procesos capitalistas comprenden todo lo relacionado con la venta de activos públicos al sector privado. Ello tiene como objetivo la venta total y el retiro del Estado como propietario de bienes y activos, como administrador y como regulador. En estos procesos ningún capital público se queda en la empresa. Aquí existe la posibilidad de que empresarios privados compitan con un servicio que presta el Estado.

En la estrategia llamada populista se encuentra la venta de un servicio público a una asociación cooperativa, a los consumidores o a los productores, según sea el carácter del servicio. También podría tratarse de la venta de un servicio público a los trabajadores y empleados de esa empresa, con derecho a la compra de las acciones de la misma. Aquí, podría ser que por tratarse de un servicio público y por ende de carácter universal el Estado mantuviese sus funciones como regulador.

Las opciones de privatización arriba mencionadas difieren entre sí, aunque en todas ellas el resultado es un cambio o transferencia de la gestión del Estado a órganos, instituciones o sectores, grupos o gremios no estatales.

Por otro lado, el proceso de privatización tiene implicaciones sociales, políticas y económicas diferentes según sean los espacios a ceder por el Estado. Habría que estudiar y analizar las consecuencias de ello para el conjunto de la sociedad, para la economía en general y para los diversos sectores sociales en particular. Su instrumentación, tanto en el sector económico como en el social, no tienen la misma lógica; presenta racionalidades diferentes, se promueve desde sectores sociales distintos y tiene poblaciones objetivo diferentes. Por lo tanto, podría ser que los beneficios de la privatización no fueran distribuidos homogéneamente entre los distintos sectores de la sociedad y que los objetivos que se buscan para un sector de la población presenten consecuencias no deseadas para otro⁵⁵.

En razón a lo incipiente de los procesos y de los análisis en la materia, sería conveniente trabajar con los dos grupos de modalidades de privatización más frecuentes en la Región⁵⁶. Se trata de las *modalidades formales e informales* de privatización. Las primeras comprenden: la transferencia de un servicio o gestión de un organismo público a una organización privada; la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social; la venta de activos, y/o la compra de servicios, generalmente a través de contratos.

Las modalidades informales comprenden, entre otras condiciones, el desfinanciamiento hacia el sector, el abandono de la infraestructura, el deterioro de las condiciones de trabajo, de la remuneración y de la

⁵³ NUÑEZ, Domingo P. (1988). "Reseñas temáticas de España: La privatización de la empresa pública: Liquidación o Racionalización?". Pensamiento Iberoamericano, No. 12, Madrid.

⁵⁴ EATON, Joseph W. (1989). *Estrategias para la privatización burocrática, capitalista y populista*. Revista Internacional de Ciencias Administrativas.

⁵⁵ No óptimos en el Sentido de Pareto.

⁵⁶ PAUL, Samuel. (1988). "Emerging issues of privatization and the public sector". Working papers, the World Bank, Washington, D.C.

calidad de la prestación del servicio, entrando estas empresas o servicios en el corto plazo en un proceso denominado "muerte lenta" ("mothballing").

Ambas modalidades pueden presentarse articuladas o combinadas entre sí. Esto dependerá de la naturaleza del Estado y de su relación con los grupos privados de la sociedad. El Estado puede optar por acelerar el deterioro de la empresa o servicio antes de vender como una forma de bajar el precio de los activos, o por instrumentar políticas tendientes a mejorar la productividad antes de liquidar o transferir determinada empresa o servicio.

En los procesos de privatización en el sector social encontramos que la "muerte lenta" aparece como la modalidad más usual y practicada en los países de la Región, por lo menos aquella que ha precedido e inspirado casi todas las políticas relacionadas con la reestructuración del sector público en materia de prestación de servicios sociales⁵⁷

Adoptar una modalidad determinada expresa, fundamentalmente, un cambio en los patrones de funcionamiento y de la relación entre el Estado, los trabajadores, los consumidores, y los empresarios. Estos cambios se inscriben, principalmente en el ejercicio de las funciones estatales de financiamiento, regulación, administración y prestación. Cada una de las modalidades mencionadas introducen además, modificaciones significativas en la manera de ejercer estas funciones, tanto por parte del Estado como por parte del sector privado.

Como ya se señaló, las transferencias de algunas de las funciones económicas del Estado al sector privado no pueden ser analizadas de la misma manera en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo; aún dentro de éstos últimos existen diferencias.

Sería erróneo y simplista a la vez, considerar que los procesos de privatización en la Región son resultados de acuerdos entre voluntades aisladas y/o productos de la necesidad de responder al ajuste fiscal como instrumento para rescatar al sector público de la crisis financiera. El proceso es complejo, la privatización responde a una combinación de lo anterior con las necesidades que tienen los países de adoptar nuevos modelos de desarrollo económico y social y de cambiar la naturaleza del Estado de modo que exprese, en el ámbito interno, las transformaciones que se están dando en el orden político y económico internacional.

Desde fines de la década de los ochenta en América Latina y el Caribe se comienza un debate en torno a la privatización de algunas empresas públicas (teléfonos, transporte, agua, gas, electricidad, recolección de residuos, y de algunas empresas estratégicas de extracción de minerales y recursos naturales). En algunos casos se logra concretar la venta o transferencia de las mismas, mientras que en otros este proceso se vio obstaculizado por la ausencia de consenso político al respecto. Los casos más claros de privatización son los de Argentina y Chile; en otros países, como Venezuela y México es menos explícita y adopta modalidades poco transparentes.

Las grandes diferencias entre los países podrían ser resultado de la capacidad de legitimación política del Estado y del poder de negociación que tengan los actores que promueven la privatización. Ello permitiría efectuar los cambios necesarios en la sociedad, disminuyendo la resistencia por parte de los diferentes sectores.

Así mismo, a lo anterior se añade el tipo de régimen político en el que se originan y/o desarrollaron dichos procesos. La capacidad de utilizar diferentes estrategias, entre ellas la de la privatización, para reestructurar la base económica de esas sociedades. Ello dependerá de la correlación de fuerzas existente entre los diferentes sectores socioeconómicos y de las formas de negociación política que entre ellos se establezca.

⁵⁷ Idem.

1.4.4. Factores que inciden en los procesos de privatización

Finalmente, los procesos de privatización en general y específicamente, los puestos en práctica en el sector salud no sólo se explican por razones internas al mismo, sino que existen otros factores que también inciden en su desenvolvimiento. Ellos se insertan en los cambios generales que operan en la estructura económica de los países en las últimas dos décadas, generando un proceso de retroalimentación entre los niveles globales y los sectoriales.

Muy resumidamente, algunos de estos cambios son:

1. Los cambios tecnológicos y la aparición de tecnología compleja de alto costo en salud, lo que obliga a realizar importantes inversiones para lo cual se requiere la intervención de un empresariado fuerte, muchas veces respaldado por el sector financiero (como sucede en Brasil) o con el auspicio del Estado (Uruguay) desplazando al pequeño capital y/o a las instituciones sin fines de lucro.⁵⁸
2. Los cambios en la orientación de las inversiones. Aunque este punto debe ser analizado con mayor profundidad, la tendencia para muchos de los países de la Región es hacia el agotamiento de las posibilidades de inversión en el área productiva, por lo que los servicios públicos y los de atención en salud es específico, se convierten en un campo rentable y disputado por los capitales privados.

En este sentido, también aparecen claramente en el área de la prestación de servicios de salud, rubros de alta rentabilidad, que son de interés para el sector privado, particularmente ello es así, en aquellos países donde la inversión en las ramas de servicios y productivas en general presentan ciertos grados de inestabilidad, debido a los cambios en las políticas monetarias y a las restricciones de la demanda.

3. Cambios en la estructura de la demanda, el aumento de la informalidad, la temporalidad y la contratación a destajo desfinancia progresivamente los servicios de atención en salud, principalmente al sistema de Seguridad Social. En términos generales, abaratan los costos de la reproducción social que debe asumir el sector empresarial. Ello incrementa el deterioro de los servicios con instalaciones propias y por otro lado, aumenta la población no cubierta.

Para completar esta breve descripción del contexto en el que se da el proceso de privatización de los servicios de salud en la Región, se debe considerar que ella está inscrita en un proceso más amplio relacionado con los cambios en la estructura económica ocurridos en América Latina y el Caribe. Esto resulta del esfuerzo que hacen los países por adecuarse a las relaciones internacionales de producción e intercambio.

1.5. DESCENTRALIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN.

Por último con el objeto de amalgamar los dos conceptos descritos podemos establecer que el proceso de Reforma del sector salud encierra la implementación de ambas modalidades en mayor o menor grado: cuando el estado delega funciones (que anteriormente eran ejercidas por él) a particulares, pero mantiene el control de las actividades fundamentales, estamos hablando de la descentralización de

⁵⁸ La incorporación de tecnología compleja y de altos costos obligó a los países de la Región a realizar importantes inversiones para actualizar los servicios tanto en las instituciones públicas como en las privadas. Ello tiene consecuencias negativas, en especial, para el sector público, el cual, si no invierte en este campo, se desactualiza y deteriora la calidad de sus servicios. En cambio la renovación tecnológica para el sector privado, indirectamente promueve su reestructuración.

servicios, con la introducción parcial de cierto grado de privatización, con lo que creamos una especie de "híbrido", que será adaptado y moldeado de acuerdo a las características propias de cada país

Algunos autores han señalado que la privatización es un tipo de descentralización⁵⁹ una visión que no es compartida por otros⁶⁰. Una de las grandes innovaciones de la reforma ha sido la promoción de la concesión en salud misma que genera en algunos, naturales preocupaciones, a veces por desconocimiento o por razones ideológicas. Hay quienes piensan que cualquier forma de gestión diferente a la clásica -como autonomía, participación privada en la gestión pública o en las inversiones públicas-, implica "privatización", en el sentido más ortodoxo del concepto. Es decir, como si al privatizar funciones, externalizar la gestión e inversiones en el sector público de salud, el Estado se desligara de su responsabilidad social de proveer un sistema de salud para que accedan los más pobres y desvalidos.

El concepto de concesiones puede aplicarse al sector salud en forma muy variada. En algunos casos, será posible aplicar el modelo más radical: se entrega a un privado el financiamiento de una determinada inversión -por ejemplo, uno o más hospitales-, para que los administre y provea los servicios que el propio Estado compra para satisfacer las necesidades de los beneficiarios del sistema público. Esto se hace mediante un contrato a un plazo que permite la amortización de dichas inversiones.

Este modelo de concesión tiene la ventaja de entregar la responsabilidad completa a una persona, desde la inversión en infraestructura y equipamiento, hasta la contratación de personal y recurso humano y gestión de la institución. Tiene, sin embargo, un inconveniente en un sistema tan conservador como el chileno o el mexicano, con gremios que han tenido "virtualmente capturado" a los gobiernos de turno, resulta políticamente inviable o, en el mejor de los casos, difícil de implementar. De hecho, recientemente, cuando las autoridades plantearon la posibilidad de explorar las concesiones en salud, los gremios tuvieron una reacción de energético rechazo.

Existe otra opción menos radical que permite entregar el financiamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento a un privado y que éste se responsabilice de proveer todos los servicios necesarios de apoyo, de servicios generales, manutención de infraestructura y equipamiento. Se trata de una modalidad en que coexisten el privado y el público en áreas complementarias, pero interdependientes. La fórmula debiera despertar menos resistencia entre los gremios; sin embargo, tiene la complejidad propia de la interdependencia entre todos los servicios administrativos y de servicios generales de apoyo, con los servicios médicos propiamente dichos. La responsabilidad sobre la calidad de los servicios que recibe la gente podría diluirse, generándose una potencial fuente de conflicto. Indudablemente este modelo requiere un tipo de contrato de concesión mucho más complejo que el anterior, una supervisión muy estrecha del mismo y mecanismos ágiles de resolución de controversias.

Una tercera modalidad es aquella en que unidades completas de uno o varios hospitales, o de otros servicios anexos (generalmente de alta necesidad de inversión), son entregados para que empresas privadas inviertan en ellos, los administren, gestionen y produzcan servicios, sobre la base de un contrato en el cual se establecen precios de transacción, volúmenes de producción, estándares de calidad y oportunidad en la entrega de los resultados. Este modelo parece apto, por ejemplo, para concesionar unidades completas de apoyo de diagnóstico, como imagenología, laboratorios, ambulancias y equipos industriales hospitalarios. En el caso de hacerse con las unidades de apoyo de diagnóstico de varios establecimientos hospitalarios o ambulatorios, se posibilita el aprovechamiento de las economías de escala propias de la actividad y, por otro lado, se hace viable la aplicación de tecnologías de punta para desarrollar la función a un menor costo. En imagenología y laboratorios, por mencionar algunos, se puede implementar un solo centro de análisis e informe de resultados para varios establecimientos.

⁵⁹ RONDIRELLI, Da. (1983). "Implementin decentralization programmes in Asia: a comparative analysis, Public Administration and Development".

⁶⁰ COLLINS, CD and Green AT. (1994). Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in developing countries, International Journal of Health Services.

Esta forma también genera menos resistencia que la concesión ortodoxa y tiene la ventaja de que facilita la interacción entre unidades completas con el resto del sistema o unidad hospitalaria, facilita la operación de los contratos de concesiones y permite fijar estándares claros de satisfacción.

También es posible concesionar nuevos consultorios de atención primaria a privados. Estos últimos invertirían en la construcción y habilitación de los establecimientos, de forma tal que se adecuen a las necesidades de la población y, por otro lado, los administrarían y producirían los servicios de salud que plantea el plan de atención primaria previamente establecido.

Algunos críticos han ido más allá y han afirmado que la descentralización es una excusa para justificar la privatización de los servicios. En El Salvador uno de los objetivos de un proyecto para el sector salud que iba a ser en gran parte financiado por el Banco Mundial por un total de \$US 120 pero que nunca llegó a materializarse, unía en uno de sus tres objetivos principales la descentralización y la privatización: *"La diversificación de la responsabilidad de la provisión de atención médica a través de la descentralización de responsabilidades públicas y la expansión de la financiación pública de proveedores privados"*⁶¹. En varios países los planes de descentralización a nivel municipal contemplan dar a los municipios la libertad de contratar con ONGs y con empresas comerciales para la provisión de servicios médicos.⁶²

En los próximos capítulos analizaremos con mayor detalle, y con algunos casos específicos de países, como se han dado en la práctica las reformas propuestas para el sector salud, con los beneficios y/o perjuicios así como las implicaciones y efectos para las sociedades en su conjunto.

⁶¹ BANCO Mundial. (1995). Project identification document. Manuscrito, 7 de noviembre.

⁶² Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Documento guía para la reforma del sector salud en El Salvador. Borrador para discusión. Grupo de Reforma del Sector Salud. San Salvador, enero de 1995.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 1

1. **ABEL SMITH**, Brian (1994). "Tendencias Mundiales en el financiamiento de la salud" en MIRANDA RADIC, E. *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago.
2. **AYALA**, Espino José. (1992). "Límites del mercado; límites del estado". Instituto Nacional de Administración Pública / México.
3. **AYALA**, Espino José. (1997) "La Economía Pública: Una Guía para entender el Estado". FE UNAM.
4. **BANCO**, Mundial. (1991). "Informe sobre desarrollo mundial: La tarea acuciante del desarrollo". Washington, D.C.
5. **BANCO**, Mundial. (1989). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. No. 103.
6. **BRONFMAN M** y Herrera C. (1999). Descentralización y participación en salud: nuevos aportes para la discusión. Mimeo, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP. Cuernavaca, Morelos.
7. **DAVILA**, Enrique/GUJARRO Maité. (2000). "Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México". Unidad de Financiamiento para el desarrollo División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. CEPAL Santiago de Chile.
8. **DE LA SERNA**, María Nieves. (1991). "Privatización y desregulación: Consideraciones sobre algunos aspectos de los procesos de privatización y desregulación de Gran Bretaña, España y Argentina". Revista Internacional de Ciencias Administrativas. No. 57
9. **DI GROPELLO E.** (1997), "Descentralización de la educación en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, No. 57, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
10. **EATON**, Joseph W. (1989). *Estrategias para la privatización burocrática, capitalista y populista*". Revista Internacional de Ciencias Administrativas. No. 56
11. **FREID**, B., Deber, R. y Leatt, P. (1987). "Corporatization and Deprivatization of health services in Canadá". International Journal of Health Services.
12. **FRENK**, Julio. (1997). "Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud" en: RUIZ DURAN, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C.
13. **LAURELL**, Asa Cristina y ORTEGA, María Elena. (1991). "El proceso de privatización en salud. El caso de México". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

14. **LEYVA**, Flores Rene. (2001). "Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una política de las crisis de Fin de Siglo?". INSP. Cuernavaca, Morelos.

15. **MEDICI**, Andre. (1995). "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil". Revista de Administração Pública 26(2). Abril junio.

16. **MOHAN**, John. (1989). "*Rolling Back the State?: Privatization of health services under the Thatcher Governments.*" In: Scarpaci, J.(Ed.) Health Services Privatization in Industrial Societies. Rutgers University Press. New Brunswick.

17. **MUSGRAVE**, R y P.B. Musgrave. (1989), *Public Finance in Theory and Practice*, " Cap. 13, 27 y 28, quinta edición, Nueva York.

18. **NUÑEZ**, Domingo P. (1988). "*Reseñas temáticas de España: La privatización de la empresa pública: Liquidación o Racionalización?*". Pensamiento Iberoamericano, Nº. 12, Madrid.

19. **OECD**. (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD publications, Paris.

20. **ORGANIZACIÓN** Mundial de la Salud. (2000). "Informe sobre la Salud en el Mundo".

21. **PIRIE**, Madsen. (1985). *Dismantling the State: The Theory and practice of privatization*. Dallas: National Center for Policy Analysis.

22. **PULKINGHAM**, Jane. 1989. "*From public provision to privatisation: the crisis in welfare reassessed.*" Sociology, vol.23, Nº. 3.

23. **RATHE**, Magdalena. (2002). "Economía de la Salud: Conceptos Básicos". Fundación Plenitud República Dominicana.

24. **STIGLITZ**, Joseph. (1994) "La Economía del Sector Público". Antoni Bosh. Edición España.

25. **TOBAR**, Federico. (1998). "El marco económico -social de la desregulación". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires.

26. **TOBAR**, Federico. (2000). *Medicina y Sociedad. "Herramientas para el análisis del sector salud"*. Vol. XXIII.

27. **UGALDE**, Antonio/HOMEDES, Nuria. (1998). "Ventajas Y Desventajas De La Descentralización Del Sector Salud En América Latina". Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre Reforma del Estado y de la Administración para el Desarrollo (CLAD), Madrid.

CAPITULO II: LOS SISTEMAS DE SALUD, UNA VISION DE CONJUNTO

2.1. LA SALUD Y LA SALUD PÚBLICA EN LA HISTORIA⁶³

El origen. El temor a la muerte o las amenazas a la vida se encuentran en el principio mismo de la sociedad; así pues, era la necesidad de defensa y de protección de los miembros de la tribu frente a las múltiples amenazas la fuerza que los mantenía unidos. En un mundo sin conocimientos científicos, las enfermedades se explicaban como castigos de los dioses y de los espíritus por pecados individuales o colectivos y la salud era considerada como una gracia o recompensa ante un comportamiento virtuoso.

La introducción de la agricultura estableció nuevas bases materiales y de organización social que revolucionaron la salud colectiva: el suministro más seguro de alimentos y la mejor protección contra los factores ambientales tuvieron, sin duda, un impacto espectacular en el estado de salud con respecto a la era preagrícola. Según iba aumentando el conocimiento sobre la naturaleza, se incrementaban también las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias *científicas*.

La salud y la enfermedad iban adquiriendo explicaciones naturales y aumentaban las posibilidades de intervención específica, mientras que la medicina se constituyó en campo de conocimiento y en una profesión. La prevención va adquiriendo mayor relevancia por la asociación de la enfermedad con la impureza o *suciedad* y surge la higiene como primera manifestación organizada de protección de la salud.

Existen registros históricos que dan prueba del conocimiento del cuidado de la salud en diversas civilizaciones⁶⁴:

- Inscripciones etruscas (5000/ 6000 a.C.), aparece la práctica de curar como una actividad social significativa.
- El Código de Hamurabi (3000 a.C.) cita a los *médicos* y en el antiguo Egipto la *medicina* adquiere una posición definida y una proyección social propia, aunque vinculada y regulada por la religión.
- Inhotep (2980–2900 a.C.) es el primer médico comprobado históricamente (18 siglos antes de Esculapio) y los papiros Ebers y E. Smith son los primeros tratados médicos conocidos (el primero, una lista de remedios y rezos, y el segundo, un tratado de cirugía).
- Los sistemas de alimentación (silos y distribución) y la preocupación por el medio ambiente y por el cuerpo en la sociedad egipcia de entonces pueden ser también vistos como medidas de *salud pública*.
- En Oriente, FU Nsi (China, alrededor de 2950 a.C.) es contemporáneo de Inhotep. El *Nei Ching*, canon de medicina interna, del emperador amarillo, Huang Ti (siglo XXVII a.C.), es también de la misma época que los papiros egipcios. El yin y el yang, la teoría cósmica de los contrarios que se complementan y que aparecen de forma proporcional en el cuerpo humano generando equilibrios — salud— y desequilibrios —enfermedades— es un primer intento de explicación general y universal, no estrictamente religiosa.
- Los vedas (India, hacia 2000 a.C.), especialmente en el sistema de medicina Ayurveda, reciben de Dhanvantari, dios de la medicina, la interpretación y las intervenciones mágicas sobre la salud, aunque también recogen el reconocimiento de síntomas y signos de las enfermedades y los remedios para curarlos (especialmente en los ervas). Tanto en China y como en la India el respeto por los

⁶³ Dado lo extenso que puede ser este tema y por limitaciones de espacio, solo reseñaremos los datos más importantes y trascendentales en la evolución histórica de la salud pública.

⁶⁴ GARISON, H. (1966). "Historia de la Medicina". 4ª. Ed. México, Ed. Interamericana.



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.

difuntos incluía la prohibición religiosa de cortar o mutilar los cadáveres, lo que impidió el desarrollo de los conocimientos sobre anatomía y patología.

- Es en Grecia donde ocurre una verdadera revolución del conocimiento, que abarca también a la salud. A partir de la herencia babilónica y egipcia, y quizás también de China y la India, la civilización helénica establece las bases para una transición de la magia a la ciencia. Con el casi mito de Esculapio (hacia 1200 a.C.), dios de la medicina y también médico, se iniciará ese cambio con respecto a la salud. Los templos son también *casas de salud* donde además de por la fe, se ayuda a obtener la curación por medio de dietas, baños y ejercicios que adquieren, a veces, el carácter de preventivos.
- En los siglos *V* y *IV* a.C. es cuando las condiciones de mayor libertad de pensamiento e institucionales crean el clima para el salto cualitativo dado por la filosofía. Empédocles (siglo *V* a.C.) complementa la teoría de los cuatro elementos esenciales del universo (agua, fuego, aire y tierra) con la teoría de los humores en el organismo humano. La contribución majestuosa de las escuelas filosóficas (Sócrates, Platón, etc.) culmina con la obra de Aristóteles, que también era biólogo, y cubre casi todas las áreas del conocimiento y establece las características esenciales del conocimiento científico y los instrumentos intelectuales y básicos de su producción y validación (*Organon*); y contribuyen también al entendimiento del mundo natural y del hombre (física y metafísica) y de su comportamiento (ética).
- Es en el edificio maravilloso de esta explosión de creatividad del genio humano sobre el que Hipócrates (460–380 a.C.) y sus colaboradores construyen el milagro de la *Colección Hipocrática* (*Corpus Hipocraticum*) sobre medicina y salud. La importancia dada a la observación y a la lógica en el diagnóstico y en la terapéutica es más que fundamento de semiología y de investigación de remedios, es también el origen de la epidemiología y del estudio de la salud pública.
- La cultura helénica se expande con Alejandro Magno y es incorporada a la civilización grecorromana. La Escuela de Medicina de Alejandría (300 a.C.) es un producto y un participante en ese proceso, en el que ya se da importancia a las *ciencias básicas* de la medicina; Serófilo en anatomía y Erasístrato en fisiología son buenos ejemplos. La contribución más específica de la Grecia antigua a la salud pública es, sobre todo, en el campo de la higiene y en la cultura física del cuerpo humano; salud y belleza se confunden entre sí y se relacionan con la higiene, el bienestar y la potencia física.
- Roma se hace sucesora de Grecia. La medicina se expande y se afirma con exponentes como Aulo Celso (30 d.C.), Asclepiades (120 d.C., opuesto a la teoría humoral) y Galeno (160 d.C.), el prototipo del médico tradicional. La contribución de Roma es todavía más importante en el campo de la salud pública, que hasta entonces no se diferenciaba de la medicina y no era más que una expresión eventual de ésta, sobre todo en caso de calamidades, y practicada por los mismos actores. Roma da a la salud pública un contenido diferenciado de la medicina: abastecimiento colectivo de agua, saneamiento, higiene y limpieza urbana, baños públicos, hospitales y asistencia pública a los enfermos son aspectos estratégicos establecidos con el propósito de proteger la salud de la población. En muchas ocasiones, además, llegaron a formar parte de la normativa jurídica, se crearon instituciones específicas para su desarrollo y casi siempre estuvieron integrados como prácticas sociales.
- En cada experiencia histórica de la antigüedad, la salud estuvo siempre asociada a valores aceptados por las sociedades y sustentados por instituciones que se encargaban de representarlos, así como al conocimiento existente para explicar e intervenir en la vida.

Evolución: En los trece siglos que siguen al siglo *II* d.C., el predominio de valores que sostenían la conformidad y limitaban la creatividad restringió el desarrollo de la salud. En el mundo occidental, el dogmatismo religioso volvió a tener el control de las fuerzas sociales, llenando los vacíos de la decadencia y restringiendo la libertad: la magia volvió a predominar sobre la ciencia, la providencia sobre la actuación, la salvación del alma individual sobre el cuidado del cuerpo y la preocupación por la población. La salud pública perdió su recién adquirida identidad y la medicina se quedó estancada y hasta retrocedió

para ser practicada en el aislamiento de algunos monasterios, o realizada por practicantes vigilados y de clase social inferior.

Pese a lo anterior, existen evidencias de progreso en el campo de la salud, tales como:

- ⇒ Los tratados Carata, Samhita y Susruta (periodo brahmanístico 800 a.c. – 1000 d.c.) y la acupuntura china; en oriente.
- ⇒ Los códigos de leproso del III Concilio Lateranense (1179) y la introducción de la cuarentena durante la epidemia de peste negra del siglo XIV; en occidente.

Posteriormente, el renacimiento y el mercantilismo, revolucionaron la creación en las artes y "globalizaron" el mundo, alterando así el orden social y creando las bases de un avance generalizado a nivel cultural y, consecuentemente, científico y productivo para la humanidad, en donde el impacto sobre la salud fue impresionante y múltiple, es aquí donde el advenimiento de la microbiología reforzó los postulados de la higiene, sustituyó la teoría de los *miasmas*, estableció una relación causal directa entre enfermedad y agente —la etiología—, a la vez que se producían los descubrimientos en las ciencias físicas, abrió el camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina. Comenzaba así una nueva era para la medicina y la salud pública.

Sin embargo, ha sido en los tres últimos siglos (*XVIII*, *XIX* y *XX*) cuando se han producido los cambios más revolucionarios, como culminación de este progreso iniciado siglos atrás.⁶⁵ El final del siglo *XVIII* viene con la primera vacuna —de la viruela, Jenner, 1779— y con el carácter precursor de Joham Peter Frank y su *método para una política médica completa* en el que propone que los gobiernos deben ser responsables de la salud de sus pueblos, misma que sirvió como base para la reforma llevada a cabo por Bismarck en 1884, que se constituyó en uno de los paradigmas de la organización de los servicios de salud. En la misma época, en Francia, el Dr. Guillotin (1792) proponía con éxito en la Convención Nacional la creación de un comité de salubridad. Unas décadas antes, en 1748, se aprobó, en Suecia, la primera ley sobre la obligatoriedad de la compilación de información sanitaria, seguida por iniciativas similares en otros países.

En el siglo *XIX* se continúa y extiende el proceso de transformación del anterior y la salud experimenta una verdadera revolución. La *medicina científica* se reafirma con la experimentación (Claude Bernard) y la microbiología (Pasteur y Koch). En Inglaterra, la Comisión para la Ley de los Pobres —*Poor Law Commission*— presenta su informe en 1838, que modifica la vieja ley isabelina de 1601. Asimismo, se crea el Instituto de Salud Pública, iniciativa seguida por otros países europeos en la segunda mitad del siglo; los sistemas de atención de salud son organizados sobre bases institucionales más sólidas y la salud pública adquiere un estatus definitivo; al mismo tiempo surgieron modelos de organización de servicios de salud y seguridad social que orientaron los sistemas de asistencia durante muchas décadas hasta la actualidad (modelo Bismarck). El siglo termina con una explosión de avances en el conocimiento de las enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, etc.) que, junto con la necesidad de reducir los riesgos sanitarios para el comercio internacional y para la élite nacional, dan origen a intervenciones contra enfermedades específicas, así como a mejoras del saneamiento y la higiene, que, por otro lado, exponen la necesidad de la cooperación internacional en materia de salud.⁶⁶

Situación actual: El siglo *XX* e inicios del *XXI* son el clímax del proceso de transformación en aceleración permanente. Para la salud y la salud pública, dicho periodo ha venido cargado de éxitos pero también de fracasos. Catapultada por los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces, la atención a la salud se ha multiplicado, a la vez que se ha hecho más compleja y eficaz. El nivel de salud de las poblaciones ha aumentado rápidamente en todo el

⁶⁵ SINGERIST, H. (1974). "Historia y sociología de la Medicina". Bogotá, Colombia. Ed. Gustavo Medina.

⁶⁶ En efecto, los dos primeros congresos sanitarios internacionales se celebran en París (en 1851 y 1859) y son seguidos por otros, hasta llegar al establecimiento de la Oficina de Higiene y Salud Pública, en 1907. En la Región de las Américas las dos primeras convenciones sanitarias internacionales entre Argentina, Brasil y Uruguay se celebraron en Montevideo en 1873 y 1884, respectivamente, mientras que la tercera tuvo lugar en Rio de Janeiro, en 1887. Esas reuniones precedieron a la primera Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D. C. 1902), en la que se estableció la Oficina Sanitaria Panamericana.

mundo se han podido celebrar victorias memorables en el combate contra enfermedades como la viruela y la poliomielitis.

Sin embargo, se encuentran enormes desigualdades sociales en el nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible. Los sistemas de atención a la salud se amplían y se hacen más complejos. Su organización adquiere puntos de referencia más diversificados como los modelos del socialismo estatal de Beveridge y, más recientemente, diversas innovaciones y combinaciones. La salud pública, en consecuencia, ha avanzado mucho, pero ha fallado también; ha alcanzado importancia y prestigio a veces, pero igualmente ha quedado relegada y presenta omisiones vergonzosas. En el balance global, a pesar de los éxitos, la distancia entre lo posible —no el ideal— y lo realizado ha aumentado y esa brecha se materializa en forma de sufrimiento, discapacidad y muertes evitables que conforman la enorme y vergonzosa deuda social en salud que todavía suma, en la región de las Américas, alrededor de un millón de muertes anuales injustificables y evitables, y millones de años de vida perdidos.⁶⁷

2.2. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Hablar sobre el derecho a la salud requiere, desde un primer punto de vista, exponer primeramente algunas consideraciones teóricas que permitan comprender a los llamados "derechos sociales", dado que la salud, como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de estos derechos⁶⁸.

La idea del derecho social, surge como una rama autónoma del sistema jurídico al lado de las tradicionales (público y privado), y cuya principal característica es la preeminencia de los intereses colectivos por encima de los intereses de los individuos, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficiaran a los sectores más desfavorecidos de la población.

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.

Dicho en otros términos, "los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse.

De lo anterior deducimos que el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella.

El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad —como en cualquier otro derecho social— no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

⁶⁷ Más adelante en este mismo capítulo dedicaremos especial atención a las características principales de la actual situación de los sistemas de salud en nuestro continente.

⁶⁸ SANCHEZ, Cordero de García Villegas Olga. (2000). "Precedentes de la Suprema corte de Justicia de la Nación en materia de derecho a la protección de la salud". Revista CONAMED, AÑO 4, Vo.. 6, No. 17

2.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA⁶⁹

2.3.1. Contexto Político Administrativo en Latinoamérica

Los países de Latinoamérica tienen modalidades político-administrativas diferentes, de manera que se distinguen países con ordenamiento administrativo de tipo federal, y otros de tipo unitario. Por otra parte, algunos de estos países poseen una experiencia previa de descentralización fiscal relativamente importante; entre ellos encontramos a Argentina, Brasil y Colombia, como lo describe el siguiente cuadro, en el que se seleccionaron aleatoriamente 7 países de la Región de estudio.

2.1 Sistema y Estructura de Gobierno en países seleccionados

	ARGENTINA	BOLIVIA	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	MEXICO	NICARAGUA
SISTEMA DE GOBIERNO	FEDERAL	UNITARIO	FEDERAL	UNITARIO	UNITARIO DESCENTRALIZADO	FEDERAL	UNITARIO
NIVEL CENTRAL	FEDERAL	NACIONAL	FEDERAL	NACIONAL	NACIONAL	FEDERAL	NACIONAL
NIVEL INTERMEDIO	23 PROVINCIAS + CIUDADES DE BUENOS AIRES	9 DEPTOS. 112 PROV.	26 ESTADOS + 1 DISTRITO FEDERAL	13 REGIONES 51 PROVINCIAS	32 DEPTOS. + 1 DISTRITO CAPITAL	31 ESTADOS + 1 DISTRITO FEDERAL	15 DEPTOS. + 2 REGIONES AUTONOMAS
NIVEL LOCAL	1110 MUNICIPIOS	311 MUNICIPIOS 1836 CANTONES	5200 MUN.	335 MUNICIPIOS	1060 MUN. + 3 DISTRITOS ESPECIALES	2444 MUNICIPIOS	142 MUNICIPIOS

Fuente: CEPAL/GTZ 1996

2.3.2. Los sistemas de salud

En general, la trayectoria de los sistemas de salud en América Latina ha estado marcada en su origen por una historia común de desarrollo desarticulado. En efecto, desde sus inicios, la organización de los sistemas de salud en la región se ha caracterizado por la ausencia de planificación y el surgimiento de estructuras que reflejan respuestas de grupos específicos de la población a necesidades coyunturales de salud. Esto dio origen en una primera etapa a sistemas relativamente poco articulados y muy heterogéneos.

En una segunda etapa, diversos países procedieron a unificar los sistemas de salud estableciendo sistemas nacionales de salud fuertemente centralizados. Durante esta fase, los sistemas públicos de salud se transformaron en los principales agentes en el ámbito de la provisión de los servicios de salud. La unificación de los sistemas de salud significó un avance ya que redujo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, y contribuyó adicionalmente a racionalizar la asignación de los recursos y aprovechar la existencia de economías de escala en algunos casos.

En general, la oferta de servicios de salud se organiza en torno a dos sistemas de prestación de servicios: un sector público que atiende a la población vulnerable y un sistema de seguros de salud, que en algunos casos está transformándose de sistema colectivo en uno de carácter individual, como ocurre en Chile, Argentina y Colombia. Hay una serie de reformas concurrentes en el sector salud, que tienden a modificar la estructura del sector tales como la introducción de mecanismos de mercado en algunos segmentos del sistema de salud.

⁶⁹ En esta sección se verá de forma amplia, las características generales de los Sistemas de Salud en todo el continente, destacando la situación actual, misma que incide como justificación de las reformas propuestas para la región y que se analizarán más adelante.

Los diferentes Sistemas Nacionales de Salud de los países que conforman nuestro universo de análisis, también podrían ser agrupados en tres tipos de situaciones tomando en consideración el grado de avance en el logro de los objetivos de cobertura, la composición y organización institucional, el rol del Estado y las formas de financiamiento⁷⁰

En la primera situación se ubicarían aquellos países que tienen niveles de cobertura por encima del 80% del total de la población, es decir que se caracterizan por el avance en la universalización de la cobertura, el predominio del concepto de solidaridad universal sobre el grupal; hay un desarrollo significativo de la seguridad social con participación importante en el esquema financiero de los servicios. Aquí se encontrarían, entre otros, los Sistemas de Salud de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.

En un segundo grupo, estarían aquellos Sistemas Nacionales de Salud que han alcanzado proporciones intermedias de cobertura, donde el desarrollo de la Seguridad Social y su participación en el financiamiento son igualmente intermedios y heterogéneos, y la población está dividida institucionalmente. Dentro de este segundo grupo estarían, entre otros, los Sistemas de Salud de México y Venezuela.

Por último están los Sistemas Nacionales de Salud en los cuales las brechas de cobertura son todavía altas, la Seguridad Social tiene un desarrollo bajo y por consiguiente participa muy poco en el Sistema de Salud como tal. El financiamiento de los servicios y la accesibilidad a los mismos siguen los patrones de la distribución del ingreso. El Sistema de Salud de Jamaica, entre otros, que se encontrarían en esta situación.

Otra característica de los sistemas de salud en América Latina es su marcado grado de fragmentación y estratificación, observándose una ausencia de integración y coordinación entre los diversos subsistemas. En general, coexisten diversos subsectores (público, privado y seguridad social) que tienen una estructura y esquemas de funcionamiento no necesariamente coincidentes. La segmentación institucional y funcional de los sistemas de salud, sumada a las debilidades en materia de coordinación, han tendido a generar cierto grado de superposición en cuanto a los beneficiarios, subsidios cruzados regresivos, e ineficiencias en la provisión de servicios de salud.

2.3.3. Indicadores Económicos

2.3.3.1 Características Socioeconómicas del Sector Salud

Desde la década de los ochenta, en la mayoría de los países de la Región en el sector salud, se ha venido detectando una variedad de problemas, entre los que destacan: la escasez de financiamiento para el sistema de atención; calidad deficiente en la prestación y administración de los servicios; incapacidad de los sistemas prestadores para garantizar una cobertura universal efectiva; creciente dificultad en el acceso a los servicios para los sectores de la población de menores recursos y, deterioro de la infraestructura física y de los recursos humanos que laboran en el sector.⁷¹

A lo anterior se le agrega el aumento de los pagos por servicio de la deuda externa y los compromisos adquiridos por los gobiernos con sus acreedores de reestructurar la economía. Entre 1986-1990 América Latina, remitió al exterior alrededor de 130.000 millones de dólares, sin que esta enorme suma, rebajara el total de la deuda externa, que pasó de 408.877 millones de USA en 1985 a 702.877 millones en 1997. Este déficit ha obligado a aplicar entre un 38,1% (1985) y un 35,6% (1997) del total de las exportaciones de la Región al servicio de la deuda; cosa que asfixia a los gobiernos y obliga a realizar fuertes recortes en el ámbito de lo social.

⁷⁰ LAURELL, Asa Cristina y ORTEGA, María Elena. (1991). *"El proceso de privatización en salud. El caso de México"*. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

⁷¹ MÁRQUEZ, P. y Engler T. (1998). *"Crisis y salud: retos para el Fin del Siglo"*. Revista Educación Médica y Salud. Número especial, marzo.

Estos dos factores originaron la inmediata reducción de los recursos financieros dedicados al sector social y en especial hacia la salud y seguridad social. Ello hizo evidente, al menos para una gran parte de esas sociedades, la inequidad de la distribución del gasto social y el pésimo manejo por parte del sector público de los recursos así como la ineficacia en la mayoría de los programas sociales. Siguiendo datos del Informe sobre desarrollo humano 2000 (PNUD) se clasificaron los diferentes países Latinoamericanos, en orden por el valor del IDH.

2.2. Clasificación de los países Latinoamericanos según nivel de Desarrollo Humano (IDH)

No. Clasif. X País	Esperanza de Vida (años) 1998	Tasa alfabet. Adulto 1998	Tasa matríz. (1º, 2º, 3º) 1998	PIB/per cápita	Diferencia No. PIB - No. IDH	Relación PIB real/per cápita 1987 -1998 20% + rico/ 20% + pobre	País
35 Argentina	73.1	96.7	80	12.013	3	-	Argentina
38 Chile	75.1	95.4	78	8.787	9	17.4	Chile
39 Uruguay	74.1	97.6	78	8.623	9	8.9	Uruguay
48 Costa Rica	76.2	95.3	66	5.987	10	13	Costa Rica
55 México	72.3	90.8	70	7.704	-3	16.2	México
56 Cuba	75.8	96.4	73	3967	40	-	Cuba
59 Panamá	73.8	91.4	73	5.249	14	14.7	Panamá
65 Venezuela	72.6	92.0	67	5.808	3	-	Venezuela
68 Colombia	70.7	91.2	7	6.006	-3	20.3	Colombia
74 Brasil	67.0	84.5	84	6.625	-16	25.5	Brasil
80 Perú	68.6	89.2	79	4.282	7	11.6	Perú
81 Paraguay	69.8	92.8	65	4.288	5	27.1	Paraguay
87 Rep. Dom.	70.9	82.8	70	4.598	-5	12.5	Rep.Dom.
91 Ecuador	69.7	90.6	75	3.003	17	9.2	Ecuador
104 El Salvador	69.4	77.8	64	4.036	-13	16.6	El Salvador
113 Honduras	69.6	73.4	58	2.433	2	17.1	Honduras
114 Bolivia	61.8	84.4	70	2.269	4	8.6	Bolivia
116 Nicaragua	68.1	67.9	68	2.142	4	13.1	Nicaragua
120 Guatemala	64.4	67.3	47	3.505	-24	30.0	Guatemala
150 Haití	54.0	47.8	24	1.383	-7	-	Haití

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2000 (PNUD)

En esta tabla observamos que el primer país en orden al Desarrollo humano, corresponde a Argentina, seguido de cerca por Chile, Uruguay y Costa Rica y en los últimos lugares Nicaragua, Guatemala y Haití.

Observamos como Cuba, Costa Rica y Ecuador ascenderían 40, 18 y 17 puestos en la clasificación que hubiesen obtenido de ordenarlos sólo en función del PIB/per cápita. Mientras que Guatemala, Brasil y El Salvador, descenderían 24, 16 y 13 puestos. Esto puede darnos una impresión de la mejor o peor "penetración" que los recursos financieros pueden tener en beneficio de la salud de la población.

También en esta tabla podemos ver la relación en PIB/per cápita, entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la colectividad; para diversos países de la región (hay algunos de los que no se disponen de datos).

Observamos que la mayor desigualdad se produce en Guatemala, Paraguay y Brasil y la menor desigualdad se da en: Bolivia, Uruguay y Ecuador.

Las crisis recurrentes que sufrieron los países de la región en las últimas décadas, trajeron consigo consecuencias y tendencias directas hacia el sector salud, mismas que han sido señaladas por la OPS⁷² y son comunes en casi todos los países: a) reducción de los recursos disponibles destinados para la salud pública en la misma proporción que disminuyó el gasto público total; b) Los servicios de salud financiados por la seguridad social sufrieron los mismos recortes que los presupuestos de los ministerios de salud; c)

⁷² ORGANIZACIÓN, Panamericana de la Salud. (1990). "Las condiciones de Salud en Las Américas". Vol. I y II. Washington D.C.

Reducciones presupuestarias fuertes en la inversión y en los gastos corrientes, salvo los salarios, en cierta medida quedaron exceptuados; d) No hay una modalidad sistemática encaminada a reducir los costos de programas, actividades y organismos del sector público. Por consiguiente, no hay pruebas de que se brinde protección a tipos específicos de servicios o se preste especial atención a determinados grupos de población, pero tampoco hay pruebas de que se esté obrando indiscriminadamente contra unos u otros; e) Los trabajadores del sector salud fueron los que pagaron una parte sustancial del costo del ajuste, no por haber perdido sus empleos sino por haber visto reducidos sus salarios reales y sociales (esta reducción se produjo en todo el sector público); f) Se sospecha que parte del costo del ajuste se haya pagado con una merma de la calidad de la atención (sin embargo, esa conclusión no está apoyada en pruebas directas); g) En cuanto a los cambios experimentados en las tasas nacionales de morbilidad y mortalidad no muestran un deterioro apreciable.

Sin embargo, cuantitativamente los indicadores más importantes son el aumento de la mortalidad infantil provocada por diarreas y un incremento -o una disminución muy lenta- de las tasas de mortalidad infantil, así como también el retorno de enfermedades infecto-contagiosas y prevenibles que se creían erradicadas, lo cual analizaremos a detalle en nuestro siguiente apartado.

2.3.3.2. Gasto nacional en salud

Existen grandes diferencias para 1995 en el Gasto Nacional en Salud (GNS) entre los países de América Latina y el Caribe frente a Canadá y los EEUU, como nos señala la tabla:

2.3. Gasto Nacional en Salud y su composición Pública/Privada Según Nivel de ingresos

PAIS	PIB CAPTA	PER	GNS % PIB	GNS PER CÁPITA	% PUBLICO (GNS)	% PRIVADO (GNS)
Argentina	8,100		9.8	745	45	55
Bolivia	800		6.0	48	55	45
Brasil	3,700		7.6	280	34	66
Colombia	1,910		7.3	140	30	70
Chile	4,160		8.0	331	50	50
Cuba	1,175		9.0	106	87	13
El Salvador	1,610		6.8	158	27	73
Ecuador	1,390		5.1	71	32	68
Guatemala	1,340		4.2	56	45	55
Haití	250		3.5	9	37	63
México	3,320		4.8	160	47	53
Nicaragua	380		9.2	35	68	37
Uruguay	5,170		10.0	516	57	43
Promedio						
AL/CARIBE	3,289		7.3	240	41	59
EEUU	26,980		14.3	3858	44	56
Canadá	19,380		9.8	1899	71	29

Fuente: Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1998

El ingreso per cápita del Canadá y de los EEUU fue más de siete veces mayor que el de América Latina y el Caribe; mientras que el gasto per cápita en salud fue más de 14 veces mayor (lo que dobla las diferencias de ingreso).

La otra información, recogida en la tabla, analiza las características del Gasto Nacional en Salud, según la composición público-privada. El promedio regional de dicha composición es de 41/59: el 41% corresponde al gasto del sector público y el 59% corresponde al gasto privado. Frente a esa distribución, nos encontramos que en EEUU (único país desarrollado en donde el gasto privado en salud es el componente más importante del gasto nacional en salud) el 44% corresponde al gasto del sector público y el 56% al gasto del sector privado. Igualmente EEUU ocupa también la cabeza del ranking mundial, tanto en el gasto total en salud per cápita (3.858 dolares) como en porcentaje sobre PIB (14,3%). Ello contrasta con

la falta de cobertura sanitaria para 44,3 millones de personas en ese país en 1998 (16,3% de su población). Mientras Canadá, tiene una composición público-privada del GNS del 71/29.

Esta distribución, muestra que es errónea la idea, de que en los países de más bajos ingresos, el gasto del Gobierno (público) es el componente más importante del Gasto Nacional en Salud. Más bien lo contrario, mientras menos desarrollado sea el país y menor sea el nivel del PIB per cápita, menor será la importancia del gasto público en salud, como proporción del PIB.

En los dos extremos de variación en la composición público-privada, se encuentra Cuba y El Salvador.

Entre 1980 y 1995, los 3 elementos esenciales que caracterizan la evolución del Gasto Nacional de Salud en América Latina y Caribe han sido: a) el crecimiento del GNS; b) el descenso del gasto en salud del sector público; c) la rápida expansión del gasto privado, principalmente a partir de 1990.

Entre 1980 a 1990, el Gasto en Salud del sector público, bajó de 107 U\$ per cápita a 82 U\$ per cápita. En este mismo periodo el gasto privado, tuvo un incremento del 67%.

2.3.3.3. Comparaciones Internacionales. Evolución del Gasto.

Las cifras recogidas en la tabla que a continuación se muestra, comparan las evoluciones del Gasto Nacional en Salud, entre América Latina y el Caribe con respecto a los países europeos de la OCDE (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía), caracterizados en su gran mayoría por tener sistemas de salud de cobertura universal.

Las principales características que se destacan son:

a) Los valores del GNS en % PIB, son menores en América Latina y Caribe frente a los países europeos de la OCDE (sobre todo al inicio del periodo analizado)

b) Las grandes disparidades en la composición público-privada del GNS entre los países AI/Caribe y la OCDE.

2.4. Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB. Años 1980, 1990, 1994 - 1995

GASTO	1980	1990	1994 - 1995
América Latina y el Caribe* total, miles de millones de U\$ de 1995	72.8	95.7	113.8
% del PIB	5.8	6.9	7.3
Público	46.0	36.0	41.0
Privado	54.0	64.0	59.0
Países europeos de la OCDE total miles de millones de U\$ de 1995	440.2	665.3	696.1
%del PIB	7.1	7.6	8.0
Público	82.0	80.0	80.0
Privado	18.0	20.0	20.0

* Estimaciones con base BID (datos 1990, 1993, 1996), Informe anual del Banco Mundial (N.Y. Oxford University Press 1997, FMI-FIS (datos de 1995, 1996)

En estos últimos el gasto público alcanza alrededor del 80% del GNS; y en los primeros está alrededor del 40%. Durante los años 80 y hasta mediados de los noventa, tanto en Latinoamérica como en los países de la OCDE, el gasto nacional en salud, aumentó más que la tasa de crecimiento económico. En los países de Latinoamérica y Caribe, al igual que en EEUU, el gasto en salud, ha crecido a tasas manifiestamente mayores (promedio anual de crecimiento del 3,5% entre 1990-95) que la tasa de crecimiento económico del país. En los países europeos de la OCDE, el gasto en salud creció a tasas ligeramente mayores que el crecimiento económico (GNS crecimiento promedio 1,1%); esto puede reflejar el éxito relativo de las

políticas de contención de costes, hecho, tal vez posible dada la composición mayoritariamente pública del GNS en dichos países europeos.

La explosión del gasto en América Latina, no está relacionado con la creación de sistemas nacionales de salud de acceso más equitativo. Pocos países han hecho progresos en el logro del acceso universal, sino al contrario en los últimos 20 años.

Con respecto al gasto, el indicador de gasto total en salud (público, privado y seguridad social) que se registra para América Latina se encuentra generalmente por debajo del monto destinado a nivel mundial. Se estima que en promedio el gasto total en salud en los países industrializados se aproxima al 8% del PIB y, como se observa en primer cuadro salvo en algunos casos el gasto total en salud de los países seleccionados en este estudio es inferior a esa cifra.

2.3.3.4. Índice de pobreza

En los últimos 20 años en la región se han ampliado las brechas económicas y sociales, entre países y dentro de muchos países. Con un cuadro elaborado por el PNUD, valoramos globalmente, el principal problema: la pobreza y la desigualdad.

2.5. Pobreza Humana en los países Latinoamericanos (IPH -1)

País	IPH-1 1998 valor %	Pob. % mor. <40 sobre total 1998	% adul. Analf. 1998	Población sin acceso			Niños < 5 años c/peso insuficiente % 1990-98	Población por debajo del límite de pobreza %	
				Agua potable % 1990- 98	Servicios de salud 1981 - 1993	Saneamiento % 1990 - 1998		1dolar día (PPAS 1993)	Límite nacional de pobreza 1987 - 1997
Argentina	-	5.5	3.3	29	-	32	-	-	25.5
Chile	4.7	4.4	4.6	9	5	-	1	4.2	20.5
Uruguay	3.9	5.0	2.9	5	0	-	5	6.6	-
Costa Rica	4.0	3.9	4.7	4	3	16	2	9.6	-
México	10.4	8.2	9.2	15	9	28	14	17.9	10.1
Cuba	4.6	4.4	3.6	7	0	34	9	-	-
Venezuela	12.4	6.4	8.0	21	-	41	5	14.7	31.3
Colombia	10.4	9.8	8.8	15	13	15	8	11.0	17.7
Brasil	15.6	11.3	15.5	24	-	30	6	5.1	17.4
Perú	16.5	11.3	10.8	33	-	28	8	15.5	49.0
Ecuador	16.8	10.9	9.4	32	20	24	17	20.2	35.0
El Salvador	20.2	10.7	22.2	34	-	10	11	25.3	48.3
Honduras	23.3	11.3	26.6	22	38	26	18	40.5	50.0
Bolivia	17.4	18.0	15.6	20	-	35	10	11.3	-
Nicaragua	24.4	12.2	32.1	22	-	15	12	3.0	50.3
Guatemala	29.2	15.3	32.7	32	40	13	27	39.8	-
Haití	45.2	26.5	52.2	63	55	75	28	-	65.0
Promedio	-	9.7	12.3	22	-	29	10	-	-

El índice de pobreza humana (IPH-1), es una medición multidimensional de la pobreza Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2000 (PNUD)

El nos señala que la pobreza humana va de un bajo nivel de 3.9 en Uruguay, 4.0 en Costa Rica y 4.6 en Cuba; a un elevado valor de 45.2 en Haití, 29.2 en Guatemala y 24.2 en Nicaragua; con cifras de población con disponibilidad inferior a 1 dólar día, de alrededor de un 40% en Honduras y Guatemala.

Se estima que en América Latina y el Caribe hay más de 130 millones de habitantes que no tienen acceso a agua segura ni potable; 145 millones no disponen de sistemas sanitarios de eliminación de excretas y desagües; 300 millones contaminan los cursos de agua arrojando sus desechos sin tratamiento previo; 100 millones, de los cuales el 90% vive en las áreas urbano-marginales, no tienen acceso a un sistema de recolección de basuras; 240 millones que están en condiciones de riesgo para su salud por el modo en que disponen sus basuras y el medio ambiente; y 160 millones no tienen acceso a servicios permanentes de cuidado directo de la salud.⁷³

América Latina, es la región del mundo, donde los ingresos se distribuyen de manera menos equitativa. El valor del coeficiente Gini (que mide la desigualdad en distribución de tierras, con cifras que van del 0, igualdad perfecta, al 1, desigualdad total) es superior a 0.75, el más elevado de la tierra.

El periodo de crecimiento que se inició en 1970 y se mantuvo hasta 1982 provocó, una mejoría de la distribución, de escasa duración. La llamada década perdida, decenio de los 80, -donde descendió de promedio un 10% el PIB/habitante- supuso un retroceso de la equidad.

En los años 90, que comenzaron con expectativas de crecimiento, las economías de la región han experimentado grandes y desiguales cambios. Algunas han frenado la inflación y han restablecido el crecimiento; aunque los años finales, no han resultado buenos para países como: Colombia, Venezuela, Paraguay, Brasil, México, Argentina, Chile y para toda América Central; quienes padecieron o bordearon la recesión.

En todo caso, América Latina, ha mantenido o incrementado la desigualdad, de forma que han crecido los niveles de pobreza, y se han incorporado 40 millones de nuevos necesitados a las listas. Es en este escenario de gran incertidumbre -con un 44% de su población en situación de pobreza, y un 16% en la de miseria- donde, la mayor parte de los países de la región, han establecido políticas de Ajuste Estructural, que se han caracterizado por una reducción del gasto público en actividades como salud y educación; con ausencia o insuficiencia de verdaderas políticas de apoyo a las capas mayoritarias de la población. Afectando, con ello, de forma negativa al acceso de la satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, salud, educación, empleo, vivienda) y generando un gran deterioro social.

Según las proyecciones de la OPS, de no cambiar inmediatamente el modelo de atención de salud con el fin de cubrir las necesidades del conjunto de la población hacia los próximos años, se requerirá la creación de una infraestructura de servicios que duplique la existente, lo que desde ya aparece como una meta difícilmente alcanzable.

2.3.4. Indicadores no monetarios

2.3.4.1. Población

La población es el referente central de la salud pública y, por tanto, las características demográficas asumen una importancia fundamental para su puesta en práctica. En la región de las Américas, con diferentes grados y ritmos, se está completando la transición demográfica hacia la última fase, la de baja fecundidad y baja mortalidad. En consecuencia, el ritmo de crecimiento vegetativo está disminuyendo, aunque es todavía alto en algunos países. La población total de la región en el año 2001 se estimaba en

⁷³ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (1992). "Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud. Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de planes nacionales de inversiones en América Latina y el Caribe." II Cumbre Iberoamericana de Presidentes. Madrid.

841.254.000, de los que 317.195.000 pertenecen a la América de habla inglesa y 524.099.000 se distribuyen por América Latina y el Caribe⁷⁴.

Aún con tasas de crecimiento natural más bajas y en descenso, en 2020 habrá 174 millones de habitantes más en la región: 52.600.000 en la América angloparlante y 121.400.000 en Latinoamérica y el Caribe.⁷⁵ Esa población adicional es, en el caso de Latinoamérica, de más del 50% de la población total de 1950. La población regional es ya mayoritariamente urbana (>80%) y lo será todavía más en el futuro; con relación a las necesidades y demandas de servicios de salud, la población rural del pasado prácticamente desaparecerá. Sin embargo, quizás el cambio demográfico más significativo sea el envejecimiento acelerado de la población latinoamericana y, por extensión, de toda la región.

El efecto combinado de la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida está invirtiendo la proporción de jóvenes y viejos y de activos e inactivos en la población regional.

La pirámide del pasado reciente se transforma rápidamente y va adquiriendo forma de pera: al cabo de una generación la proporción de los mayores de 60 años sobrepasará el 15% de la población total, y superará el 25% en la mitad del presente siglo. Por otro lado, la fecundidad en descenso y la disminución proporcional de mujeres en edad fértil llevarán a tasas de reproducción inferiores al mínimo necesario para mantener la población, lo que ya ocurre en algunos países europeos y asiáticos. El impacto de esta nueva revolución demográfica será profundo y afectará a todos los ámbitos de la sociedad humana; en efecto, es un rasgo significativo de la nueva sociedad, que ya está siendo creada y constituye uno de los principales desafíos para la salud pública y, en general, para los sistemas de seguridad social.

2.3.4.2. Indicadores Epidemiológicos.

Mortalidad materna: La tasa de mortalidad materna es el indicador, que mejor mide, en la actualidad, la desigualdad entre países en relación al nivel socioeconómico; dado que es muy sensible para valorar las condiciones de salud de la mujer, de la atención materno-infantil, de la accesibilidad y calidad de los servicios médicos, así como de las condiciones socioeconómicas y de la estabilidad familiar (nutrición, actividad laboral, higiene sexual, hacinamiento, integración social, etc.)

Las causas principales de dicha mortalidad, vienen constituidas por la toxemia del embarazo, las hemorragias, las sepsis, el aborto y las complicaciones del puerperio. Y agravadas por la desnutrición, la anemia, los procesos palúdicos, la tuberculosis, las afecciones cardiovasculares, las enfermedades de transmisión sexual y la multiparidad.

El tema del registro del aborto y su repercusión en la mortalidad, es aún menos fiable, dada su ilegalidad en la mayoría de los países y su casi inexistente certificación médica.

Entre las adolescentes de los países Iberoamericanos, una de las principales causas de muerte, es la mortalidad materna como consecuencia del embarazo o parto, donde tan común es el aborto séptico. El riesgo de muerte en ellas es de 50 veces superior al de una adolescente en los EEUU.

Las menores de 20 años, sufren más complicaciones del embarazo y parto (toxemia gravídica, anemia, parto prematuro, fístula vesico vaginal, traumatismo del cuello uterino y muerte) que quienes tienen sus hijos con 20 ó más años; ya que entre las primeras abundan los embarazos no deseados, la clandestinidad y el aborto junto a la falta de recursos económicos y marginación social.

Salud infantil: En toda la región se ha producido una disminución progresiva y continuada de las tasas de mortalidad infantil y en menores de 5 años. Como cifra promedio entre 1960-1998, la mortalidad infantil bajó de 107 a 32 muertos.

⁷⁴ RODRIGUEZ, Contreras/ PELAYO R. (2000). "Situación Socio - Sanitaria en Ibero América: Indicadores de Salud y Desarrollo. Academia Iberoamericana De Farmacia. *Ars Pharmaceutica*. Vol. 41, No. 3.

⁷⁵ ENCICLOPEDIA Britannica, (2002). *Book of the Year*,

La siguiente tabla recoge, el descenso de la mortalidad en niños menores de 5 años en la región.

2.6. Disminución porcentual de la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años entre 1950-1954 y 1990-1994.

Disminución porcentual	Países
80% y más	Costa Rica, Chile, Cuba, Venezuela, Colombia, México, Brasil, Perú, República Dominicana, Honduras, Bolivia, Panamá, Ecuador
70%-79%	Guatemala, Haití, Argentina, Nicaragua
60%-69%	El Salvador
50%-59%	Paraguay
40%-49%	Uruguay

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1998.* Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica 567).

Podemos observar la gran disminución producida en la mortalidad en menores de 5 años de todos los países, con cifras de descenso que van del 80% y más en Chile, Costa Rica, Cuba, Venezuela, Colombia etc, hasta el 40-60% en Uruguay y Paraguay.

Pese a ello, América Latina, tiene todavía alrededor de 6 millones de niños desnutridos y el problema sangrante de los "niños de la calle".

Principales Causas De Enfermedad Y Muerte: Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, y las deficiencias nutricionales, permanecen como las tres principales causas de muerte tanto en los menores de 1 año, como en los < 5 años.

Asimismo la tosferina, difteria, tétanos, sarampión, meningitis tuberculosa y paludismo, tienen un gran peso de forma individualizada. También lo tienen las llamadas "causas externas" (homicidios, accidentes, conflictos armados).

Casi todas las anteriores patologías tienen en común que para su control y prevención existen tratamientos adecuados. Así como el que, en su mayoría, están fuertemente asociadas a la pobreza y a la exclusión social.

Para concluir este bloque, exponemos en la tabla descrita más adelante, los valores para 1998 de las tasas de mortalidad infantil; la de < 5 años así como las de mortalidad maternal en diversos países del continente y en España como referencia.

En ella encontramos, como Bolivia (390 00/ 000) tiene un riesgo de mortalidad maternal cerca de 70 veces superior al de España, (6 00/000) y Perú con 270 00/000, cerca de 50 veces superior, en ambos países se dan asimismo las mayores tasas de mortalidad infantil y de < 5 años de la región. En el extremo opuesto se encuentran Cuba -con cifras cercanas a las de España- Chile y Costa Rica.

2.7. Indicadores de Supervivencia Humana

País	Tasa de mortalidad infantil 1998 %	Tasa de mortalidad infantil < 5 años 1998 %	Tasa de mortalidad maternal 1990-1998 %
35 Argentina	19	22	38
38 Chile	11	12	23
48 Costa Rica	14	16	29
55 México	28	34	48
56 Cuba	7	8	27
65 Venezuela	21	25	65
68 Colombia	25	30	80
74 Brasil	36	42	160
80 Perú	43	54	270
81 Paraguay	27	33	190
91 Ecuador	30	39	160
114 Bolivia	66	85	390
120 Guatemala	41	52	190
Promedio	32	39	-
21 España	6	6	6

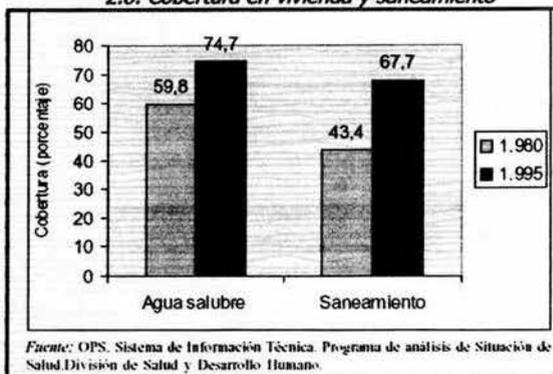
Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2000 (PNUD).

2.3.4.3. Vivienda, Agua Y Saneamiento

Como vimos, las deficiencias de la vivienda, el saneamiento y la disponibilidad de agua limpia, constituyen un importante determinante del exceso de mortalidad y una característica vinculada a los niveles de pobreza en América Latina; donde el 38% de los hogares, con más de 200 millones de personas, se encontraban en 1994, por debajo del nivel de la pobreza (CEPAL). Estos factores contribuyen a incrementar el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores: malaria, enfermedad de Chagas, dengue, fiebre amarilla; así como de enfermedades gastrointestinales y respiratorias.

La epidemia de cólera, que azotó la región desde 1991, y que ha afectado a 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá) con un total de casos notificados de 1.199.000 y 11.800 defunciones desde su inicio, hasta 1997; ha obligado a profundizar en el análisis de los sistemas de abastecimiento de aguas y saneamiento de dicha región. De ellos se deduce que menos del 25% de los sistemas comunitarios eran desinfectados de forma correcta y continuada. La gráfica que se muestra, nos señala, con más optimismo, las tendencias (para toda la Región de las Américas) en el periodo de 1970-95, de la cobertura de agua saludable y saneamiento para toda la población.

2.8. Cobertura en vivienda y saneamiento



2.3.4.4. Medio ambiente

La importancia del medio ambiente para la salud es fundamental y así ha sido reconocido desde la antigüedad. Al mismo tiempo, las condiciones ambientales han sido objetivos prioritarios e irrefutables de la salud pública. En las últimas décadas, se ha demostrado la importancia del medio ambiente para el desarrollo sostenible y para las soluciones de naturaleza mundial o regional de muchos problemas ambientales. El tema se ha debatido en varios congresos internacionales (Oslo, 1968 y Río de Janeiro, 1992) y se han aprobado recomendaciones y hasta un detallado plan de actuación (Programa 21 de Río de Janeiro) para la protección universal del medio ambiente.

En el nivel internacional ha habido avances en la prestación de servicios básicos y generales. En cambio, en relación a la contaminación del aire, el agua y la tierra, y al uso racional y la protección de recursos de la biosfera y a los problemas urbanos, el progreso ha sido menor y en muchos casos se observan retrocesos. Los riesgos para la salud continúan siendo numerosos y muy importantes y acaban convirtiéndose en preocupaciones prioritarias para la salud pública. En el plano internacional, la falta de actuación es frustrante; diez años después de la Conferencia de Río de Janeiro, el principal instrumento desarrollado para la puesta en marcha del Programa 21, el Protocolo de Kyoto para un control limitado de la emisión de gases con efecto invernadero, tiene su ratificación menoscabada por la retirada de los Estados Unidos, el principal país emisor.

Sin embargo, la propuesta de considerar los aspectos globales de las agresiones y soluciones ambientales como males o bienes públicos globales o regionales tiene mucha fuerza conceptual y un enorme potencial para influir en las políticas multilaterales de desarrollo y en la cooperación internacional; esto requiere, sin embargo, un extenso desarrollo instrumental y una reorganización institucional, que la comunidad internacional no ha demostrado ningún entusiasmo en realizar. De todo ello resulta que el medio ambiente continuará siendo una fuente principal de riesgos para la salud y una preocupación importante para la salud pública, también a escala internacional.

2.3.5. Diagnostico Situacional.

El cambio en el marco económico, cultural y político coincide con cambios en otros condicionantes externos de la salud y en los sistemas específicos de atención a la salud, y en consecuencia, en los problemas y en el estado de salud de las poblaciones. A pesar de los progresos espectaculares observados en las últimas décadas, en los indicadores usuales de salud, la situación es considerada insatisfactoria en la mayoría de los países de la región, y plantea desafíos antiguos y nuevos e incluso algunos renovados. En efecto, en los países de la región hay una brecha alarmante entre lo que se ha hecho y lo que se puede hacer con los recursos disponibles en los niveles de desarrollo alcanzados: la mortalidad injustificada y evitable, por ejemplo, excede todavía al millón de defunciones anuales.

Por otro lado, los sistemas de servicios de salud presentan varias insuficiencias y deficiencias, reforzadas por un contexto muchas veces más adverso que favorable.

En consecuencia, los desafíos para la salud pública son múltiples y amplios, están en sus factores condicionantes externos, en los sistemas de atención a la salud, en los riesgos y daños y en el estado de salud de las poblaciones.

2.4 CARACTERISTICAS DEL SISTEMA SALUD EN MEXICO

Contexto político. Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática compuesta por 31 estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El gobierno federal y los estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada seis años. El nivel municipal constituye el tercer orden de gobierno y cuenta con 2 444 municipios que realizan elecciones cada 3 años. La Constitución Política define la división de poderes en Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

En las elecciones presidenciales de julio del 2000 triunfó un partido político distinto al que había gobernado al país las últimas siete décadas. Estas elecciones dieron lugar también a un reordenamiento del Congreso, que por vez primera no estuvo dominado por ninguno de los partidos principales. Los gobiernos de los estados son de distintos partidos políticos.

Las prioridades, objetivos y estrategias del gobierno se enuncian en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, organizado en tres grandes áreas de trabajo: i) desarrollo social y humano; ii) crecimiento económico con calidad, y iii) orden y respeto social. En la primera de estas áreas se ubica el sector salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.⁷⁶

Contexto económico. Los procesos de reforma económica en los últimos años se han caracterizado por la disminución de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberalización de las transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. La presencia de México en el escenario geopolítico y económico

⁷⁶ PRESIDENCIA de la República. (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. México D.F.

hemisférico y mundial se ha incrementado con su incorporación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como con la firma de acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y ciertos países de América Latina y Asia.⁷⁷

2.9. Indicadores Económicos seleccionados México para 1997-2000

INDICADOR	AÑO			
	1997	1998	1999	2000
PIB (Miles de pesos)*	3174275	3846350	4583762	543235
PIB per cápita usd (valor ppp)**	8110	7450	8070	ND
PIB per cápita usd (valor corriente)**	3700	3840	4440	ND
Crecimiento medio anual del PIB***	6.8	5.0	3.7	6.6
Gasto en Salud como por ciento del gasto social*	ND	33	35	34

Fuente: * DGIED/SSA Sistema de cuentas nacionales en salud, México D. F. 2001 (hasta 1998 datos de FUNSAUD),

** OPS/OMS Indicadores básicos de 1999, 2000 y 2001, Washington D.C. *** INEGI Sistema de Cuentas Nacionales 2000

El producto interno bruto (PIB) creció entre 1997 y 2000. Sin embargo, la economía no creció en el año 2001, en buena medida debido la recesión en Estados Unidos de Norteamérica (EU). El PIB per cápita creció entre 1997 y 1999 en valores corrientes pero no en ppp, mientras que el gasto en salud como por ciento del gasto social tuvo muy poca variación. El valor de las exportaciones fue de 122 mil millones de dólares en el 2000, superior en 23% a 1999, con un crecimiento de 89.5% de las exportaciones petroleras y 18.5% de las exportaciones no petroleras. El déficit de la balanza comercial ascendió a 4.5 mil millones de dólares. El déficit de la cuenta corriente se financió sobre todo con fuentes externas de largo plazo e inversión extranjera directa. La inflación fue inferior al 10% en el 2000 y continuó reduciéndose en el 2001, gracias a la austeridad monetaria y fiscal así como a la fortaleza del peso mexicano. Los vínculos de la economía mexicana con EU han crecido proviniendo de ese país el 60% de la inversión extranjera en el 2000, al que también se dirigieron 90% de las exportaciones mexicanas.⁷⁸

Los recursos de cooperación financiera del sistema de Naciones Unidas (NU) para el 2000 ascendieron a 6 655 millones de dólares, aportando el Banco Mundial 6 141 millones. Los recursos para inversión otorgados por la Corporación Financiera Internacional ascendieron a 318 millones de dólares. Los fondos de cooperación técnica que provienen de las agencias y programas de NU ascendieron a poco más de 82.5 millones.⁷⁹

Contexto demográfico. La población total en 2000 era de 97.4 millones de habitantes. La tasa nacional de crecimiento de la población se estimó en 1.4, mientras que la tasa de incremento natural fue de 1.8 %.

De acuerdo con el censo de población 2000, el 51.2% de la población total son mujeres y 48.8% hombres. El 33.4% es menor de 15 años de edad (10.9% menores de 5 años y 22.5% entre 5-14 años), 64.5% mayor de 15 años (4.9% la de 65 y más años, y 59.6% la de 15 a 64 años) y 2.1% no especifica la edad. La tasa de dependencia ese año fue de 64.3%, con 6.1 dependientes por cada 100 habitantes entre 15 y 64 años de edad.

⁷⁷ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. (2002) Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002" (Versión preliminar).

⁷⁸ ORGANIZACIÓN de Naciones Unidas. (2001). "Informe de la coyuntura económica". Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México D.F.

⁷⁹ Idem.

La población femenina en edad fértil (mujeres de 15 a 49 años) representa el 52.2% del total de mujeres para el año 2000. La tasa global de fecundidad pasó de 2.7 en 1997 a 2.4 en 2000 y los valores más altos se encuentran en los estados de Guerrero (3.03 por 1000 mujeres en edad fértil), Puebla (2.98), Chiapas (2.94) y Oaxaca (2.92). Las mujeres de 25 a 29 años que viven en áreas rurales presentan un promedio de hijas e hijos (2.3) mayor que las de áreas urbanas (1.4). Los flujos migratorios al interior del país aumentaron entre 1997 y 2000, llegando a ser alrededor de 18% la población que reside fuera de su lugar de nacimiento. Los estados de Quintana Roo (51.6%) y Baja California (41.4%) tuvieron las mayores inmigraciones netas, mientras que el Distrito Federal (33.2%) y Zacatecas (30.5%) las más fuertes migraciones. Entre 1995-2000 salieron del país 1.6 millones de mexicanos, 96.1% hacia los EU, siendo la pérdida por migración internacional en el año 2000 de poco más de 301 mil personas.^{80 81}

La esperanza de vida al nacer se incrementó de 73.3 años en 1994 a 75.3 años en el 2000, siendo más alta en las mujeres (77.6) que en los hombres (73.1). Los estados con la esperanza de vida al nacer más baja fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas, mientras que Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal presentan la esperanza de vida más alta.⁸²

La esperanza de vida saludable (EVISA) es de 61.1 años en los hombres y de 66.9 años en las mujeres.

Contexto social. El índice de desarrollo humano en 1999 fue de 0.790, que ubica al país en el lugar 51, con un nivel de desarrollo humano medio⁸³. En los últimos años creció la población que vive en condiciones de pobreza, que para el año 2000 ascendió hasta 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en condiciones de pobreza extrema.

El 53.4% de la población está ocupada en el sector de comercio y los servicios, 15.4% en el sector primario y 27.8% en el industrial. El 87.3% de la población de entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (87.8% de las niñas y 86.8% de los niños), elevándose a 90.5% en los mayores de 15 años. En contraste, en las zonas rurales poco más del 20 % de la población, no sabe leer ni escribir. La escolaridad promedio es de 7.6 grados (7.8 en hombres y 7.3 en mujeres). Los estados con el nivel más alto de escolaridad son el Distrito Federal (9.7) y Nuevo León (8.9), y los más bajos Chiapas (5.6), Oaxaca (5.8) y Guerrero (6.3). Coincidentemente estos tres estados concentran la mayor cantidad de población indígena del país. El 72.8% de los hombres y 69.1% de las mujeres han completado la enseñanza primaria. Los hombres analfabetos de 15 o más años representan el 7.4% y las mujeres el 11.3%. Los hombres son quienes se inscriben en la secundaria en mayor proporción.

Por lo que se refiere a la pertenencia a alguna institución de seguridad social, declaran estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% y 20.3%, respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León (65.9%)⁸⁴.

2.4.1. Historia de la Salud en México.

Ante la imposibilidad de hacer un resumen de la evolución histórica de los servicios de salud en México, en este apartado se considera pertinente hacer algunas reflexiones sobre ciertas decisiones de la sociedad organizada en México para prever o resolver problemas de salud humana individual y colectiva en diferentes etapas de desarrollo.⁸⁵

⁸⁰ INSTITUTO Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). (2001). XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Resultados Definitivos. México D.F.

⁸¹ CONAPO. (2001). Indicadores Básicos. México D.F. <http://www.conapo.gob.mx>

⁸² Op. Cit. 81.

⁸³ PROGRAMA de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2001). "Informe sobre el desarrollo humano 2001". New Cork.

⁸⁴ Op. Cit. 81

⁸⁵ LOPEZ, Antuñano Francisco (1993). "Evolución de Los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud". Rev. Salud Pública de México, Vol. 35, No. 5

La primera etapa comprende las civilizaciones precortesianas (siglos XII a XV), las cuales se caracterizaron por su interés en el desarrollo de productos agrícolas y su utilización como nutrientes y el consecuente manejo del ambiente. Asimismo, se desarrollaron prácticas de atención médica tradicional, de promoción de la salud y de protección del ambiente orientadas por líderes religiosos y políticos.

La segunda etapa o época colonial (siglo XVI a XVIII), se inicia con la toma de conciencia de los principales problemas de salud en la población aborígen; como resultado del gran intercambio de genes y antígenos tuvieron lugar epidemias severas de tifo, sarampión, viruela, parotiditis, fiebre amarilla e influenza, y como consecuencia de la gran demanda de atención médica, se fundaron los primeros hospitales del Continente. En 1567 la Universidad de México gradúa a Pedro Farfán como primer Doctor en Medicina y en 1570 Francisco Bravo Orsunesi escribe *Opera Medicinalis*, la obra más antigua de la medicina mexicana. Durante los siglos XVII y XVIII se acepta la medicina aborígen de las culturas maya, náhuatl y zapoteca, que tienen bases en estudios científicos de botánica, pero se impone la cultura médica española que no incorpora teorías contrarias a la medicina universal de Hipócrates y de Galeno cuyos aforismos eran "verdades del cielo". Los escasos profesionales de la medicina en la Nueva España están subordinados a las autoridades militares.

Durante la época preindependiente (1800 a 1810), la expedición del doctor Francisco Javier de Balmis es un éxito en México. Un factor favorable es la actitud inicial del Virrey Iturrigaray, quien ante la renuencia de la población para ser inmunizada invita oficialmente a el personal del Protomedicato, los profesores universitarios y de las escuelas, los señores de la Real Audiencia, del Cabildo, de la Justicia y a la nobleza toda con el fin de que el profesor Juan Arboleya inocule al hijo del virrey mostrando la inocuidad y beneficios del "antídoto" contra la viruela. En 1805, por medio de la Real Cédula de Carlos IV, se dispuso que todos los hospitales de las capitales destinen una sala para conservar la vacuna y aplicarla a los que concurren a obtener el beneficio.

Las Juntas Provinciales de Sanidad se originan en los albores de la independencia (1810-1822), como una respuesta de los representantes de los cabildos municipales y eclesiásticos que promueven los primeros decretos de salud en favor de la sociedad.

Durante el efímero imperio mexicano (1822), ninguna ley social de importancia se emitió, posteriormente 1846, se crea el Consejo Superior de Salubridad, no obstante el Estado no consigue asumir la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad debido a dos hechos altamente desgastantes: las invasiones militares de Estados Unidos y de Francia al país (1847 a 1853).

Las Leyes de Reforma en 1854 y la Constitución promulgada en 1857 intentan garantizar la propiedad, la vida y el pensamiento de los mexicanos. Estas bases legales tienen repercusiones en salud y en 1872 se crean las Juntas de Salubridad Estatales y Juntas de Sanidad en los Puertos. Las acciones de prevención y restauración de la salud se limitan a la expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegida.

Durante el régimen dictatorial del final del siglo XIX se expide el Primer Código Sanitario, que concede autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios en 1894. Cinco años después entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, que establece una junta para promover y vigilar los establecimientos de salud.

La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal, que hasta ese momento había implementado un sin número de medidas, no sólo en el Distrito Federal sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.

De tal suerte, el 12 de noviembre de 1908 se reformó la fracción XXI del artículo 72, para quedar como sigue:

Artículo 72.- El Congreso de la Unión tiene facultad: XXI.- Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de adicionar a la fracción XVI del artículo 73 (correlativa a la fracción XXI del citado artículo 72 de la Constitución de 1857), cuatro bases generales que hasta la fecha siguen vigentes con algunas mínimas variantes, éstas disponían:

1ª.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2ª.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo.

3ª.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4ª.- Las medidas que el Consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.

Como consecuencia de la primera revolución social del siglo XX, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, cuyo Artículo 73 confía la salubridad general de la República a los poderes nacionales y se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General. La Constitución agrega los derechos sociales a los derechos individuales y en su Artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales para lograr la unificación técnica de los servicios y sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno.

En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, la cual se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

En 1954 se crea la Comisión Nacional de Hospitales para orientar los programas de construcción de unidades hospitalarias y se declara de interés social la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo.

En 1977 se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1978 se instituye la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias y entidades.

Este periodo está caracterizado por la centralización de los servicios de salud y, aun cuando se realizan acciones importantes, la insuficiente programación integral impide que el Sector Salud se consolide formalmente.

En 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos.

En 1982 se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de expresarlos en iniciativas de ley, en programas y en estrategias. En ese año se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

Además se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

El Ejecutivo Federal formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social. En el periodo se impulsa una reforma jurídica, estructural y operacional de los servicios públicos de salud del gobierno de la República, con el fin de avanzar con celeridad y firmeza en el cometido de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante un Sistema Nacional de Salud armónico y coherente y con un esquema de compromisos sociales bien establecidos en el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

La nueva concepción de organización y funcionamiento de los servicios a la población lleva a cambios de fondo en la infraestructura administrativa, con el fin de sustentar el cumplimiento de las nuevas facultades y responsabilidades. Este proceso de redefinición deriva en el cambio de denominación de Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud.

La etapa de desarrollo comprendida entre 1989 y 1993 se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en la descentralización y sectorización conducidas por la Secretaría de Salud. Esta etapa se identifica también por el uso intensivo de la programación sectorial como ejercicio participativo, democrático y ordenador que permite el uso eficiente de los recursos y la adopción de medidas necesarias para el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, esta etapa se caracteriza por el esfuerzo descentralizador de los servicios a la población abierta, y en materia de modernización administrativa y legislativa de la salud, por medio de la simplificación y racionalización de las infraestructuras, procedimientos y sistemas de gestión, así como la aplicación de nuevos ordenamientos para la descentralización efectiva.

Se hacen importantes adelantos en el control y eliminación de enfermedades transmisibles, así como en la prevención de enfermedades no transmisibles, y se avanza en la evaluación de riesgos en los estilos de vida y en el ambiente con el propósito de desarrollar métodos, medios e intervenciones para la promoción y protección de la salud.⁸⁶

2.4.2. La Protección a la salud como derecho Constitucional

Como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, el derecho a la protección de la salud,

⁸⁶ En el Capítulo siguiente abordaremos la última etapa de desarrollo del Sistema de Salud (1995-2003)

como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo:

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.

De la lectura de dicho párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las entidades federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz.

Asimismo, debe decirse que una interpretación armónica de la Constitución permite inferir que los municipios también pueden ser partícipes de esta tarea, ya que el inciso i), fracción III del artículo 115 constitucional otorga la posibilidad de que los mismos se hagan cargo de los servicios públicos que determinen las legislaturas estatales.

La incorporación del derecho a la salud en el texto constitucional ha sido objeto de múltiples debates. Hay quienes han abogado en su favor y también quienes critican la inoperancia de dicho precepto; sin embargo, dicha medida ha sido fundamental en la consolidación de un mejor sistema de salud, pues es la propia Constitución la que le impone al Estado la obligación de abocarse al cumplimiento de este derecho social.

El derecho a la protección de la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución -en atención a la reserva de ley que se encuentra contenida en su artículo 4º-, en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado.

En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al señalar expresamente que:

ARTÍCULO 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Actualmente es al Sistema Nacional de Salud a quien corresponde hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país. El artículo 5º de la Ley General de Salud establece que ese sistema se compone de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local; las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y de los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos.

2.4.3. Sistema de servicios de salud

2.4.3.1. Organización general.

El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias Instituciones según se describe a continuación:

Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social. En 2000 esta población ascendía alrededor de 50 millones de personas. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80%), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales.⁸⁷

2.10. Servicios de salud de la Seguridad Social

Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
Naturaleza Jurídica	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Institución pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas en varios Estados
Fuentes de Financiamiento	Federal, empleado empleador y	Federal y Empleado	Propia	Federal	Federal/Estatal y empleado

Fuente: DGEI SSA (2000)

El sistema para población abierta o no asegurada (alrededor de 48 millones de personas) incluye los servicios de la Secretaría de Salud que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país y el programa IMSS – SOLIDARIDAD que atiende a población de zonas rurales definidas (alrededor de 11 millones de personas de 14 estados).⁸⁸ La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS-Solidaridad recibe una asignación presupuestal del gobierno federal y cuenta con el apoyo administrativo del IMSS.

2.11. Servicios de Salud para la población abierta

Características	SSA	IMSS – SOLIDARIDAD
Naturaleza Jurídica	Secretaría de Estado	Programa dentro del IMSS
Descentralización	Muy avanzada	Desconcentración Administrativa
Fuentes de financiamiento	Federal, estatal y cobro por servicios	Federal y apoyado por la administración del IMSS

Fuente: DGEI SSA (2000)

El sector privado funciona en un contexto poco supervisado brinda una calidad de atención desigual, con precios variables y esta bastante fragmentado. En 1999 se contabilizaron 2 950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31 241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos de 15 camas.⁸⁹ Las ONGs tienen un peso poco significativo en la prestación de servicios, aunque su trabajo organizado en redes es cada vez más relevante en los ámbitos de sexualidad y reproducción, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, atención a las adicciones y a las discapacidades. La

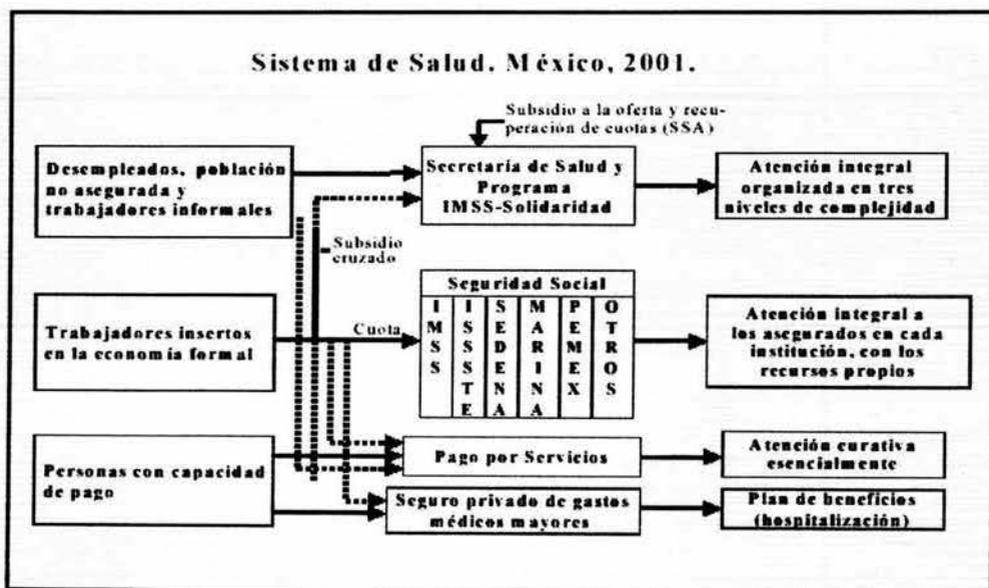
⁸⁷ DIRECCIÓN, General de Estadística e Informática, SSA. (2000) Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno. Mimeo. México D.F.

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ ASPECTOS Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub. Méx. 43(2); 2001.

figura siguiente muestra los segmentos de población, los prestadores de servicios de salud y los beneficios que recibe la población, apreciándose que adicional a lo descrito en los puntos anteriores, ocurren otras conexiones entre los segmentos, representadas con líneas de punto, como son: afiliados a la seguridad social se atienden en la SSA porque le satisface más la atención o porque viven lejos de la unidad de medicina familiar del seguro, deviniendo en un subsidio cruzado desde la SSA; o disponen de un seguro privado de gastos médicos mayores, otorgado muchas veces como una prestación laboral adicional. Asimismo, se conoce que los afiliados a la seguridad social y la población general de todos los niveles económicos acuden eventualmente a la medicina privada pagando de su bolsillo por los servicios consumidos.

2.12



Fuente: DGEI SSA (2000)

Analicemos a detalle los tres grupos descritos:

2.4.3.1.1. Los Seguros Sociales

⇒ **Sujetos de aseguramiento**

Los sujetos de aseguramiento son quienes legalmente están obligados a cotizar a los seguros sociales, así como quienes pueden hacerlo, de manera voluntaria, para obtener los derechos correspondientes.

o **IMSS**

Conforme a la Ley del Seguro Social (LSS), son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio (Art. 12): "Primero, las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé

origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando éste, en virtud de alguna Ley especial, esté exento del pago de impuestos o derechos. Segundo, los miembros de sociedades cooperativas de producción, y tercero, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley.”

○ **ISSSTE**

La Ley del ISSSTE (LISSSTE) se aplica (Art. 1): “Primero, a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros; segundo, a las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta ley; tercero, a las dependencias y entidades de la administración pública federal en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta ley, y las demás disposiciones de las demás legislaturas locales; cuarto, a los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta ley.”

○ **ISSFAM**

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM), son sujetos de aseguramiento: “Los militares en situación de activo y de retiro” (Art. 17).

Para los efectos de la LISSFAM “se entiende por militares a los miembros del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada de México” (Art. 126).

⇒ **Seguros, prestaciones y servicios**

○ **IMSS**

El régimen obligatorio del IMSS comprende los siguientes seguros (Art. 11, LSS): “Primero, riesgos de trabajo; segundo, enfermedades y maternidad; tercero, invalidez y vida; cuarto, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y quinto, guarderías y prestaciones sociales.”

De ellos, el de mayor interés para el presente trabajo es el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), aunque el Seguro de Riesgos de Trabajo involucra también servicios médicos.

○ **ISSSTE**

La LISSSTE establece, con carácter obligatorio, los siguientes seguros, prestaciones y servicios (Art. 3º): Medicina preventiva, Seguro de enfermedades y maternidad, Servicios de rehabilitación física y mental, Seguro de riesgos del trabajo, Seguro de jubilación, seguro de retiro por edad y tiempo de servicios, Seguro de invalidez, Seguro por causa de muerte, Seguro de cesantía en edad avanzada, entre otros.

○ **ISSFAM**

La LISSFAM establece, con carácter obligatorio, los siguientes seguros, prestaciones y servicios (Art.16): Haberes de retiro, Pensiones, Compensaciones, Pagas de defunción, Ayuda para gastos de sepelio, Fondo de trabajo, Fondo de ahorro, Seguro de vida, considerados entre los más importantes.

⇒ **Derechohabientes y asegurados**

Los asegurados de los seguros sociales son fundamentalmente los cotizantes, ya sean éstos trabajadores, o bien, afiliados a regímenes especiales⁹⁰

Los asegurados, los pensionados y los familiares directos de ambos son cubiertos por los seguros sociales, es decir, son derechohabientes de éstos.

Los criterios generales de derechohabencia son similares en los distintos seguros sociales, pero existen variantes específicas en cada uno. Así, son derechohabientes, además del asegurado o pensionado (Art. 84, LSS; Art. 24, LISSSTE; Art. 152, LISSFAM):

En el caso de los asegurados o pensionados varones, la esposa o a falta de ésta, la concubina (definida como la mujer con la que ha hecho vida marital durante los últimos cinco años o ha procreado hijos), si depende económicamente del asegurado o pensionado; en el caso de las aseguradas o pensionadas, el esposo o concubinario, pero sólo si depende económicamente de la asegurada o pensionada, requisito al que se adiciona, en el caso del ISSFAM y el ISSSTE, el estar incapacitado para trabajar, aunque en el caso del ISSSTE se admite también el tener más de 55 años; el padre y la madre del asegurado o pensionado, si dependen económicamente de éste, requisito al que se añade, en el caso del IMSS, el de que vivan en el mismo hogar, mientras que en el caso del ISSFAM sólo se imponen requisitos adicionales al padre: ser mayor de 55 años o estar incapacitado; los hijos del asegurado o pensionado que dependan económicamente de él:

1. En el caso del IMSS: hasta los 16 años; hasta los 25 años, si estudian en el sistema educativo nacional; y de cualquier edad, si son incapacitados;
2. En el caso del ISSSTE (que cubre también a los hijos del cónyuge): hasta los 18 años; hasta los 25 años, si son solteros y están realizando estudios de nivel medio o superior en planteles oficiales o reconocidos; y de cualquier edad, si son incapacitados;
3. En el caso del ISSFAM: hasta los 18 años, si son varones solteros; hasta los 25 años, si son varones solteros y estudian en planteles oficiales o incorporados; de cualquier edad, si son varones incapacitados; y de cualquier edad, si son hijas solteras.

La diversidad en aspectos específicos de los criterios de derechohabencia. Determina, entre otras cosas, que si una familia pasa de un sistema a otro, puede perder la cobertura de alguno de sus miembros.

⇒ **Prestaciones**

○ **Prestaciones en especie**

Los derechohabientes de los seguros sociales tienen derecho, en caso de enfermedad, a las siguientes prestaciones en especie: medicina preventiva, diagnóstico y asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria (Art. 91, LSS; Art. 23, fracción I, LISSSTE; Arts. 152 y 153, LISSFAM). Ello incluye a los asegurados, excepto en el caso del personal militar en activo, que no está cubierto por el ISSFAM, ya que los servicios médicos les deben ser proporcionados directamente por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina (SECMAR), presumiblemente por razones de seguridad nacional.

⁹⁰ Por ejemplo, continuación voluntaria y seguro facultativo, en el IMSS.

Las aseguradas y las esposas o concubinas de los asegurados o pensionados tienen derecho a atención obstétrica y ayuda en especie para lactancia (Arts. 94 y 95, LSS; Art. 28, LISSSTE; Art. 159, LISSSFAM). Las aseguradas de las tres instituciones, así como las esposas y concubinas de los asegurados del ISSSTE y el ISSFAM tienen derecho, también, a una canastilla de maternidad (Art. 94, fracción III, LSS; Art. 28, fracción III, LISSSTE; Art. 161, LISSSFAM). En el ISSSTE estos derechos se extienden a las hijas menores de 18 años del asegurado (Art. 28 LISSSTE).

o **Prestaciones en dinero**

En caso de enfermedad que los imposibilite para trabajar, los asegurados tienen derecho:

En el IMSS, a subsidios en dinero (Art. 96, LSS); en el ISSSTE, a licencias con goce de sueldo o con medio sueldo (Art. 23, fracción II, LISSSTE); y en el caso del personal militar en activo, al mantenimiento de sus haberes (aunque también aquí, directamente de SEDENA o SECMAR y no a través del ISSFAM).

Por último, las aseguradas tienen derecho, en caso de maternidad:

En el IMSS, a un subsidio en dinero del 100% de su salario de cotización, durante los 42 días anteriores al parto y los 42 días posteriores al mismo (Art. 101, LSS); en el ISSSTE, a una licencia con goce de sueldo, durante los 45 días anteriores al parto y los 45 días posteriores al mismo; y, en el ISSFAM, a una licencia con goce de haberes durante el mes anterior al parto y los dos meses posteriores al mismo (Art. 162, LISSFAM).

⇒ **Regímenes financieros**

- o Los seguros sociales se financian con una combinación de cuotas patronales, gubernamentales y de los trabajadores.

IMSS

Las reformas a la Ley del Seguro Social (LSS), que entraron en vigor en julio de 1997, fueron diversas (p. ej., se introdujo una nueva fórmula para calcular las primas del seguro de riesgos de trabajo) pero dos de ellas eclipsan por su importancia a todas las demás: el paso a un sistema de pensiones basado en cuentas individuales capitalizables y la sustitución, en el seguro de enfermedades y maternidad (SEM), de las cuotas proporcionales al salario por una cuota prácticamente única.⁹¹

ISSSTE

Todo trabajador incorporado al ISSSTE debe cubrir una cuota fija del 8.0% de su sueldo de cotización. Para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental se aplica un 2.75% del sueldo de cotización (Art. 16, ISSSTE). Además, las dependencias y entidades públicas sujetas al régimen del ISSSTE deben cubrir, como aportaciones, el equivalente al 17.75% del sueldo de cotización de los trabajadores. Para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental se aplica un 6.75% del sueldo de cotización.

La correcta percepción de que las cuotas de aseguramiento médico sobre los salarios más altos generan rentas para la burocracia del ISSSTE, ha llevado a que el Gobierno Federal adopte prácticas de elusión, similares a las utilizadas por el sector privado con el IMSS.

⁹¹ Dedicaremos especial atención a dichas reformas en el capítulo dedicado al Instituto

Así, las percepciones de una gran parte del personal federal superan significativamente el salario de cotización (lo cual perjudica a los trabajadores, al reducirse el monto de la pensión a que tienen derecho).

ISSFAM

El Gobierno Federal debe destinar una cantidad equivalente al 10.0% de los haberes y de los haberes de retiro, para el servicio médico integral y para las prestaciones para las que no hubiere cuota específica.

⇒ Seguro de salud para la familia

Las reformas a la Ley del Seguro Social no se limitaron a modificar el régimen financiero del SEM, sino que también crearon el Seguro de Salud para la Familia (SSF).

El SSF es un seguro de salud voluntario, con las mismas prestaciones en especie que el SEM, aunque sin prestaciones en dinero, por el cual el trabajador paga una cuota de 22.4% smDF y el Gobierno Federal cubre la misma cuota que por los asegurados del régimen obligatorio (13.9% smDF de la fecha en que entró en vigor la nueva LSS).

Desafortunadamente, el carácter voluntario del SSF propicia la selección adversa, por lo que el IMSS prácticamente no lo ha promovido.

⇒ No aseguramiento de trabajadores asalariados

Aunque jurídicamente todos los trabajadores asalariados deben estar asegurados, no todos los patrones cumplen con esta obligación. En general, se encuentra que las empresas más pequeñas y situadas en las zonas menos urbanizadas tienden a evadir sus obligaciones ante los seguros sociales, lo cual es consistente con un enfoque de crimen y castigo.

2.4.3.1.2. Servicios Públicos De Salud

La población no asegurada (población abierta) es atendida principalmente a través de la Secretaría de Salud (SS), que además de sus funciones normativas y de evaluación opera, entre otros programas: el componente de Salud del Progreso⁹²; y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); las entidades coordinadas por la SS; los servicios estatales de salud (SES) que, con el apoyo financiero del Gobierno Federal, han absorbido recientemente una parte sustancial de los servicios que antes operaba la SS; y el sistema IMSS Solidaridad, que se financia con fondos del Gobierno Federal y aprovecha la experiencia operativa del IMSS.

⇒ Servicios estatales de salud

En el marco de la Ley General de Salud (LGS), el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta y los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se concluyó, en diciembre de 1997, la creación de 32 organismos públicos descentralizados, uno en cada una de las entidades federativas.

Los organismos así creados absorben funciones de atención médica, vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades y salud reproductiva que tenía la Federación y que les otorga la LGS. Asimismo, consolidan la administración de los recursos financieros, humanos y materiales con decisiones locales, conforme a las prioridades estatales y nacionales, en el ámbito del Consejo Nacional de Salud.

⁹² Programa de Educación, Salud y Alimentación.

- Fondo de aportaciones para los servicios de salud (FASS)

La descentralización de los servicios de salud requirió del apoyo financiero de la Federación, mismo que se formalizó al crearse el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASS).

El FASS se creó en virtud de las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) de diciembre de 1997. Por tanto, los apoyos de la Federación a las entidades federativas constituyen aportaciones, las cuales se distinguen de las participaciones en que el Gobierno Federal puede determinar los usos a que deben destinarse. Los recursos del FASS se determinan anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Los elementos considerados para la determinación (y distribución) del FASS son:

Inventarios de infraestructura médica y plantilla de personal en cada entidad; recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal inmediato anterior, ya sea con cargo a las previsiones para servicios personales; o para cubrir gastos de operación e inversión; y, recursos que se destinen para promover la equidad en los servicios de salud, mismos que son distribuidos mediante la aplicación de una fórmula que toma en cuenta las tasas de mortalidad, los niveles de marginación y la población abierta de las entidades federativas.

Como se observa, el mecanismo de distribución del FASS tiene un fuerte componente inercial, lo que dificulta la corrección de las inequidades regionales en la distribución del gasto en salud.

- Aspectos operativos

En principio, cualquier habitante del país puede recurrir a los SES y se le cobra sólo una cuota de recuperación ajustada a sus posibilidades (de acuerdo a un somero estudio socioeconómico que se practica al efecto). Como referencia, puede señalarse que la Secretaría de Salud manejaba, en 1994, una escala variable de tarifas por visita, que era, en promedio, de \$3.11 en zonas rurales y \$5.66 en localidades urbanas (lo cual equivale, a precios de enero de 1999, a \$8.77 y \$15.96, respectivamente).

Tradicionalmente, en consulta externa no se proporcionaban gratuitamente medicamentos; sin embargo, se ha realizado un gran esfuerzo para que los consultorios y dispensarios cuenten con los medicamentos y otros insumos requeridos para brindar el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).

Actualmente, las familias beneficiarias del Progresas⁴⁹ están exentas del pago de cuotas de recuperación al acudir periódicamente a los servicios de salud.

Los SES no llevan a cabo un seguimiento sistemático del estado de salud de las familias, como el que tratan de realizar los seguros sociales (salvo en el caso de las familias beneficiarias del Progresas) y los sistemas de referencia y contrarreferencia son deficientes o inexistentes.

⇒ Secretaría de salud

Las principales acciones de la SS se refieren a normatividad y evaluación; Programa de Ampliación de Cobertura; y componente de Salud del Progresas.

○ Normatividad y evaluación

A partir de la descentralización, la SS ha reorientado sus acciones hacia funciones normativas y de supervisión, evaluación y seguimiento en materia sanitaria. A este respecto, destacan:

El uso de Indicadores de Resultado, a nivel nacional y por entidad federativa; la expedición del Reglamento de Insumos para la Salud y de diversas normas oficiales que fundamentaron la creación del mercado de medicamentos genéricos intercambiables; la integración del Catálogo de Giros Sujetos a Control, Vigilancia y Fomento Sanitario; la actualización, para

todo el país, en coordinación con los SES, de los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la Población Abierta (PEMISPA); el Programa de Vigilancia y Certificación de la Calidad del Agua; los programas de vigilancia de la calidad del aire en diversas localidades; y las verificaciones a bancos de sangre y centros de transfusión sanguínea.

o **Programa de ampliación de cobertura**

El PAC constituye el principal instrumento del sector salud para que la población rural marginada pueda acceder al PBSS. En 1998, el PAC atendió en 33 mil, ubicadas en 600 municipios de 18 estados.

Inicialmente, el PAC operaba fundamentalmente a través de unidades móviles, pero gradualmente ha otorgado mayor énfasis a la construcción de centros de salud, parte de los cuales cuentan con áreas de hospitalización. El PAC es complementado por otros programas de la SS, como son:

El Programa de Apoyo a las Zonas Indígenas, que cubre más de mil localidades; el Programa de Cirugía Extramuros; y los Programas Emergentes para Grupos Vulnerables.

o **Componente de salud del programa de educación, salud y alimentación**

El Programa de Educación, Salud y Alimentación, en su componente de salud, contempla el otorgamiento de los servicios del PBSS a todos los miembros de las familias beneficiarias del programa.

⇒ **IMSS solidaridad**

El sistema IMSS Solidaridad otorga sus servicios en comunidades rurales marginadas donde los habitantes ofrecen, en reciprocidad, participar gratuitamente en acciones de beneficio colectivo. En 1998, MSS Solidaridad operó en 1.266 municipios de 17 entidades federativas, a saber:

MUNICIPIOS CUBIERTOS POR IMSS SOLIDARIDAD

Entidad	Número de municipios
Total	1 266
Baja California	2
Campeche	9
Coahuila	26
Chiapas	107
Chihuahua	43
Durango	39
Hidalgo	68
Michoacán	102
Nayarit	19
Oaxaca	323
Puebla	158
San Luis Potosi	53
Sinaloa	16
Suroeste-Sureste	1
Tamaulipas	35
Veracruz	147
Yucatán	70
Zacatecas	48

En cambio, habían sido desconcentrados los servicios correspondientes a las restantes 15 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Noroeste – Noreste, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala.

El modelo médico de IMSS Solidaridad trata de acercarse al de los seguros sociales y, en particular, al del IMSS, por lo que trata de mantener un seguimiento de la salud de las familias y maneja el concepto de población adscrita a una unidad, la cual, en 1995, ascendía a 10.5 millones. Por tanto, suponiendo un margen de personas no adscritas a una unidad de sólo 5%, se tendría que la población con acceso a IMSS Solidaridad era de 11.0 millones en 1995.

⇒ **Entidades Coordinadas Por El Sector Salud**

Las entidades coordinadas por el sector salud son las siguientes: Centros de Integración Juvenil, A.C.; Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de la Senectud; Instituto Nacional de Pediatría; Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán; Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Cancerología; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez; Instituto Nacional de Perinatología; Instituto Mexicano de Psiquiatría; Hospital General Dr. Manuel Gea González (antes Instituto Nacional de Neumología); Hospital Infantil de México; y, Hospital General de México.

Si se excluyen el Instituto Nacional de Salud Pública (cuyas labores fundamentales son de apoyo a la planeación) y el Instituto Nacional de la Senectud (que tiene un enfoque de asistencia a la población de edad avanzada), el resto de los institutos tiene un interesante conjunto de características en común:

Combinan labores de atención médica, investigación y enseñanza; para sus labores de atención médica cuentan con servicios hospitalarios modernamente equipados y áreas de consulta externa, a las que puede acudir directamente la población no asegurada; han ampliado su personal e instalaciones para brindar una atención médica integral a los pacientes por lo que, en la mayoría de los casos, puede decirse que son hospitales generales con una especialidad destacada (en el caso de Nutrición, se ha rebasado ampliamente la especialidad que dio origen al instituto y se declara que "el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40, abarcando casi todas las especialidades de la medicina"); sus instalaciones se encuentran en el Distrito Federal; no están vinculados con los SES a través de un sistema de referencia y contrarreferencia; y los criterios de aceptación de pacientes combinan una variedad de factores (urgencia del caso, adecuación con la especialidad del instituto, interés para efectos de investigación, disposición del paciente a pagar una mayor cuota de recuperación, etc.), lo cual deja un amplio margen a la discrecionalidad, al grado de que la evidencia anecdótica indica que es común que los doctores de los institutos internen ahí a sus pacientes privados para que se les realicen estudios costosos a un menor precio.

2.4.3.1.3. Servicios privados de salud

Los servicios privados de salud son utilizados por un porcentaje significativo de la población, y exhiben una gran heterogeneidad, tanto en el precio como en el tipo de atención brindada. En efecto, abarcan desde grandes (y lujosos) hospitales con equipo muy moderno hasta pequeñas (y modestas) clínicas, con instalaciones precariamente adaptadas al efecto.

El aseguramiento privado en materia de salud se apoya fundamentalmente en los servicios privados de salud, sobre todo en el segmento más caro y lujoso.

⇒ **Regulación**

La medicina privada es un sector escasamente regulado, pues la Ley General de Salud sólo exige que se cumpla con la regulación sanitaria de establecimientos y prestadores, sin promover acuerdos y

contratos entre los prestadores de servicios privados, que pudieran llevar a estructurar un sistema de referencia y contrarreferencia.

⇒ Aseguramiento privado

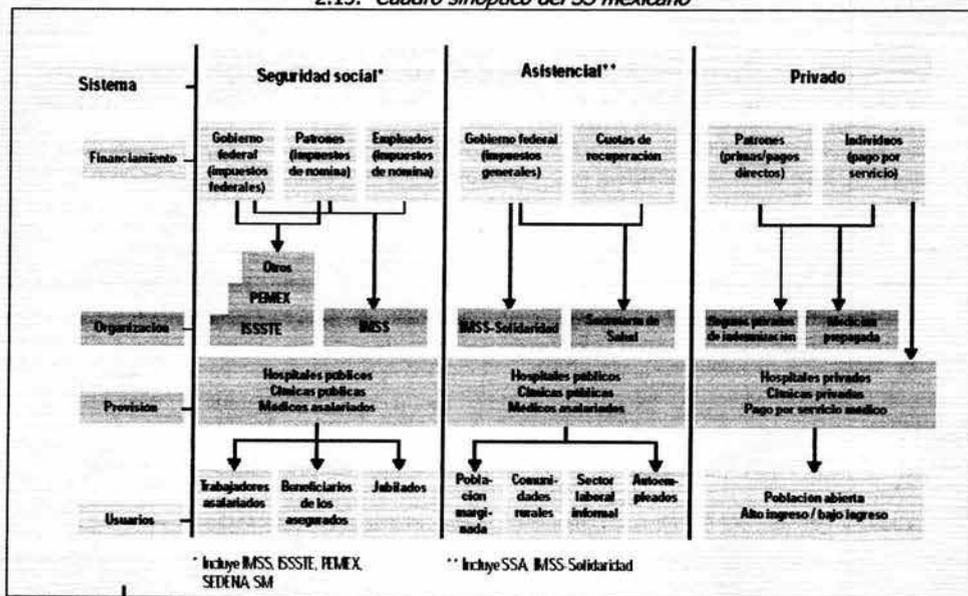
En México, los seguros de servicios médicos cubren casi exclusivamente gastos médicos mayores. En 1997, los seguros de gastos médicos mayores tenían: 200 mil pólizas, con 474 mil asegurados, en la modalidad individual y/o familiar; 6 mil pólizas, con 695 mil asegurados, en la modalidad de grupo; y 8 mil pólizas, con 1.019 miles de asegurados, en la modalidad colectiva.

La modalidad colectiva corresponde a empresas privadas formales y a entidades y dependencias del sector público, por lo que los asegurados lo son también de los seguros sociales.

Dado que normalmente no se concede reversión de cuotas por la contratación de seguros de gastos médicos mayores, el doble aseguramiento implica un doble gasto para el empleador (sea éste público o privado). El que esté dispuesto a incurrir en él indica, de manera indirecta, lo insatisfactorio que resultan los servicios médicos de los seguros sociales para muchos trabajadores.

Sin embargo, debe señalarse también que los seguros de gastos médicos privados contienen típicamente cláusulas de exclusión de enfermedades preexistentes, por lo que es de esperar que una fracción sustancial de los hogares con doble aseguramiento continúe utilizando los servicios médicos de los seguros sociales y justifica parcialmente la renuencia de las instituciones a conceder reversiones de cuotas cuando se contratan seguros de gastos médicos mayores.

2.13. Cuadro sinóptico del SS mexicano



Fuente: Elaboración a partir del anexo estadístico, segundo informe de gobierno 2000, Presidencia de la República.

2.4.3.2. Recursos Humanos

En los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud trabajando en las instituciones públicas, aumentando las tasas de médicos y enfermeras por Habitantes, aunque la de enfermeras muy poco en los últimos 5 años (ver cuadro)

2.14. Recursos humanos contratados por el sector público (1990-2000)

TIPO DE RECURSO	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Total de médicos	89330	107495	118254	129031	135159	140629
Total de Enfermeras	130519	154852	166496	172294	184264	190335
Personal de servicios de diagnóstico y tratamiento*	21809	25244	27386	33602	34857	36388
Egresados de postgrado en ciencias de la salud	3807	4036	3024	4451	ND	ND
Médicos por 10000 hab.	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Enfermeras por 10000 hab.	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

Fuente: SSA DGIED, Boletín de Información estadística 1994-2000, Salud Pública de México
*Se refiere a profesionales técnicos y auxiliares que trabajan en dichos servicios

La SSA contrata al mayor número de médicos y el IMSS de enfermeras, mientras que el resto de las instituciones no alcanza ni la mitad de los contratados por estas dos. Trabajaban en el sector privado casi 63 mil médicos en 1999, de los cuales 27 501 eran contratados en unidades médicas privadas, el resto eran vinculados por acuerdos especiales⁹³. La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 hab., el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1000 hab. En los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos.

2.15. Distribución de Recursos Humanos en las instituciones de salud 2000

Institución	Médicos	Enfermeras	Personal de diagnóstico y tratamiento	Auxiliar y Administrativo
SSA Y SESA	54293	73502	15438	41521
IMSS SOLIDARIDAD	5541	6847	294	2210
IMSS	53473	79100	13879	84246
ISSSTE	17886	20052	3230	10790
PEMEX	2386	2687	527	674
SEDENA	1753	2128	1951	-
MARINA	829	1025	196	421
Sector Privado*	62951	29365	4791	12744

Fuente: SSA, Boletín de información estadística recursos y servicios 2000 *Aspectos relevantes de unidades médicas del sector privado. Salud pública de México. SESA

un estudio realizado en 1999 encontró que alrededor del 27 % de los médicos y el 43% de las enfermeras estaban subempleadas, inactivas o trabajaban en otras actividades siendo la situación más aguda en las mujeres, quienes presentaban una tasa de desempleo entre tres y cuatro veces mayor que los hombres⁹⁴.

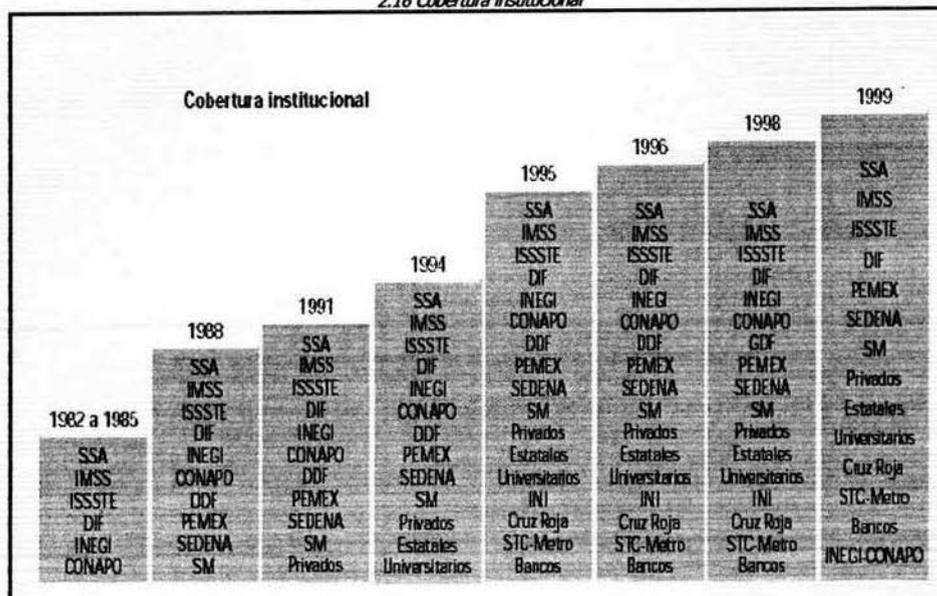
Existen en el país 1 033 programas de ciencias de la salud, correspondiendo el mayor número especialización y licenciaturas (545 y 297, respectivamente) y según el campo de conocimiento, a medicina (509) y odontología (167). Los estudiantes de las 78 Facultades de Medicina del país eran 79 524 en 1999, con 77% en escuelas públicas y 23% en privadas. El sexto y último año de la carrera es de servicio social, obligatorio por ley para todos los estudiantes. Entre 1997 y 1999 la matrícula total creció 13%, ligeramente superior en las escuelas públicas con respecto a las privadas

⁹³ ASPECTOS Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. (2001). Revista Salud Pública de México No. 43.

⁹⁴ SECRETARÍA, de Salud (SSA). (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Primera Edición. México D.F.

Todas las instituciones públicas de salud desarrollan planes de educación permanente para el personal profesional técnico y de servicios, con base en las necesidades de capacitación que identifican y los recursos que disponen.⁹⁵

2.16 Cobertura institucional



Fuente: SSA

2.4.3.3. Equipamiento y Tecnología.

Los recursos esenciales para la atención ambulatoria y hospitalaria han crecido sistemáticamente en todas las instituciones públicas durante los últimos años. Las unidades medicas del sector publico sumaban 19,107 en el año 2000, perteneciendo el 60.5% a la SSA, quien también posee el mayor porcentaje de camas censables (40.8%), de laboratorios de análisis clínicos (49.9%), salas de parto (87.5%) y quirófanos (54.9%), en cambio la mayor proporción de equipos de radiodiagnóstico lo tiene el IMSS con 42.4%. (Ver cuadro)

Las diferencias entre estados son importantes. Mientras el D.F., Baja California y Sonora contaban con 1.9, 1.5 y 1.1 camas por 1 000 hab. Respectivamente, los estados de Chiapas, Puebla, Veracruz y Oaxaca tenían 0.2, 0.19, 0.11 y 0.07, evidenciando una distribución desigual⁹⁶. No se cuenta con información concentrada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso. El sector público ha crecido en equipos y tecnologías durante los últimos años, a juzgar por las compras que informan, pero los informes de las instituciones refieren que persisten rezagos tecnológicos, particularmente en los hospitales. Se estima que han aumentado los equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el sector privado.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Idem.

2.17. Principales recursos materiales del Sistema Nacional de Salud, 2000

Institución	Unidad médica	Cóncult.	Camas censables	Laboratorio clínico	Equipos de radiodag.	Bancos de sangre	Salas parto	Quir.
SSA Y SESA	11551	23395	31487	927	1135	112	6074	1112
IMSS - SOL	3609	4193	1994	69	69	0	69	69
Otros	79	648	1477	15	58	10	36	68
Subtotal Pob. A.	15239	28236	34958	1011	1262	122	6179	1259
IMSS	1784	14089	28622	496	1511	31	470	972
ISSSTE	1244	5313	6745	201	436	58	159	286
PEMEX	215	1538	980	22	60	8	28	52
SEDENA	296	1053	3885	39	92	6	44	84
MARINA	142	408	732	25	64	4	29	39
Otros	187	855	1222	24	61	11	36	68
Subtotal Pob. Aseg.	3868	22041	42186	807	2224	118	766	1501
Sector Privado*	2550	12455	31241	682	ND	211	2392	2568
X c/1000 hab.	77.5	51.5	75.9	1.8	2.0	0.2	7.0	2.8

Fuente: SSA, DGIED, boletín de Información estadística recursos y servicios 2000 *Aspectos relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del sector privado Sal. Pub. Méx. 2001

2.4.4. Rectoría del Sistema de Salud.

La SSA es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: LEY GENERAL DE SALUD Y LEY DEL GENERAL SEGURO OPERACIONALIZACIONES se realizan a través de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República. La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales (p.ej. de estadísticas sanitarias, de atención a grupos de población, etc.) y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto -cada institución pública tiene el propio- de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud⁹⁷. La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA).

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud integrado por el Secretario de salud y los 32 Secretarías estatales del ramo.

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto

Cada prestador público realiza la conducción financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención. Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud. El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones (a partir de 2002 son 4 y 25, respectivamente), que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones.

La acreditación de las escuelas de medicina y enfermería la realizan las asociaciones que agrupan estas instituciones y alcanza poco desarrollo: en el 2001 estaban acreditadas 23 de las 78 escuelas o facultades de medicina y 5 de las más de 300 de enfermería. La certificación de los médicos especialistas es

⁹⁷ Op. Cit. 95

controlada por los consejos de las diversas especialidades bajo la coordinación de las Academias Nacionales de Medicina y de Cirugía. Existe un mecanismo para la certificación de médicos generales que coordina el Consejo Nacional de Medicina General. En 1999 se inició la certificación de hospitales bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General, que hasta el año 2000 dictaminó sobre 518 hospitales de los cuales 422 fueron certificados. Sus procedimientos y contenidos fueron sujetos a revisión y modificación y en el año 2002 se reiniciará el procedimiento bajo las nuevas bases⁹⁸.

2.4.5. Financiamiento y Gasto del SS

La información sobre gasto público en salud está bajo la responsabilidad de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud, quien tiene un sistema de cuentas nacionales en salud que también recopila datos del sector privado.

Entre 1997 y 1999 el gasto total per capita disminuyó 1.3 % pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8%, mientras el gasto privado en salud global y per cápita disminuyó, aunque se mantiene superior al público. (Véase cuadro) La distribución del gasto público en salud es inequitativa, con 19 estados por encima de la media nacional y 13 por debajo, siendo los más rezagados Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz. Los aportes de los gobiernos estatales al presupuesto de salud varían notablemente, encontrando en el año 2000 que solo 5 estados aportaban más del 20% del total de cada uno (Aguascalientes, D.F., Morelos, Sonora y Tabasco)⁹⁹. El gasto total en salud como porcentaje del PIB tuvo en 1998 su valor más elevado de los últimos años con 5,6%, disminuyendo a 5.5% en 1999, siendo la composición pública y privada de 2,6% y 2,9%, respectivamente. El IMSS es la institución que tiene mayor proporción del gasto público que para el año 2000 fue de 1.46% del PIB seguido por la SSA (0.65%) y el ISSSTE (0.23%)¹⁰⁰.

2.18. Gasto Nacional en Salud, 1997 - 2000

Indicador	1997	1998	1999	2000
Gasto Público en Salud	126638	138854	139042	135141
Gasto Privado en Salud	161421	165806	155105	ND
Gasto total en Salud	288059	304660	294147	ND
Gasto público en Salud Per cápita	1330	1439	1407	1347
Gasto Privado en Salud per cápita	1696	1719	1581	ND
Gasto total en Salud Per cápita	3027	3159	2988	ND

Fuente: SSA DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD)

2.19. Gasto Nacional en salud como porcentaje del PIB, 1996-2000

Indicador	1996	1998	1999	2000
Gasto público en salud	2.3	2.6	2.6	2.5
Gasto privado en salud	2.8	3.0	2.9	ND
Gasto total en salud	5.1	5.6	5.5	ND
Gasto por Institución				
SSA	0.42	0.58	0.63	0.65
IMSS - SOLIDARIDAD	0.08	0.08	0.07	0.07
IMSS	1.37	1.50	1.55	1.46
ISSSTE	0.18	0.21	0.22	0.23
PEMEX	0.07	0.08	0.08	0.08

Fuente: SSA DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (Hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD)

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ Idem.

¹⁰⁰ DIRECCIÓN General de Información y Evaluación del Desempeño SSA. Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud. México, 2002.



*Fuente: SSA DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud
(Hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD)*

Entre 1996 y 1999, todas las instituciones públicas excepto el IMSS-Solidaridad, aumentaron su gasto como proporción del PIB, tendencia que solo mantuvieron en el 2000 SSA. E ISSSTE. Hay diferencias en el gasto per capita que ejerce cada institución pública evidenciado en la gráfica presentada, donde se aprecia que en PEMEX alcanza a ser dos veces superior al IMSS y más de tres veces a la SSA y el ISSSTE. El gasto público tiene una alta concentración en la atención curativa por ejemplo, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS consumen cerca del 75% del presupuesto de la institución y en el ISSSTE esta cifra es del 69%¹⁰¹. El mayor porcentaje del gasto nacional en salud según la fuente –origen de los fondos– corresponde a los hogares, que pasó de 50% en 1993 a 57.5% en 1998; seguido por los aportes del gobierno federal que aumentaron de 19.4% a 23.8%, mientras que los gastos de los empleadores disminuyeron luego de reformarse la Ley de Seguridad Social en 1997, siendo en 1998 de 18.4% cuando en 1993 eran 29.1%. Según la concentración de los fondos, el sector privado tiene el mayor porcentaje con 53.9% en 1998. Asimismo, los fondos de la seguridad social han disminuido luego de 1997 cuando se separaron los fondos de pensiones y de salud, a raíz de modificaciones introducidas a la ley de seguridad social.

2.21. Porcentaje del Gasto Nacional en Salud, según fuentes y fondos

	1993	1994	1997	1998
FUENTES:				
Hogares	50.3	49.1	61.2	57.5
Empleadores	29.1	28.3	17.8	18.4
Gobierno Federal	19.4	19.7	20.7	23.8
Gobierno Estatales	1.2	2.9	0.3	0.3
Total	100	100	100	100
FONDOS				
Seguridad Social	42.4	42.6	32.2	32.8
No Asegurados	12.8	12.9	11.5	13.3
Privados	42.4	41.9	56.3	53.9
Seguros privados	2.4	2.6	0	0
Total	100	100	100	100

*Fuente: SSA DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud
(hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD)*

¹⁰¹ Op. Cit. 101

2.4.6. Indicadores Socioeconómicos y Epidemiológicos del Sector Salud

> Dinámica de la población

La población mexicana creció más de siete veces en el siglo XX, al pasar de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000. En este mismo periodo, la tasa de mortalidad general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil de más de 200 decesos por 1000 nacidos vivos registrados a sólo 26.

La esperanza de vida al nacer se incrementó considerablemente en el siglo, al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años en 2000, respectivamente. Además, la brecha en este rubro entre estados disminuyó, al pasar de casi 23 años entre los estados extremos en 1950 a poco más de cinco en 2000.

2.22. Años de esperanza de vida saludable en áreas rurales y urbanas de México, 1998

AREA	HOMBRES	MUJERES	AMBOS
RURAL	58.5	63.9	61.3
URBANA	61.8	67.5	64.6
MEXICO	61.1	66.9	63.9

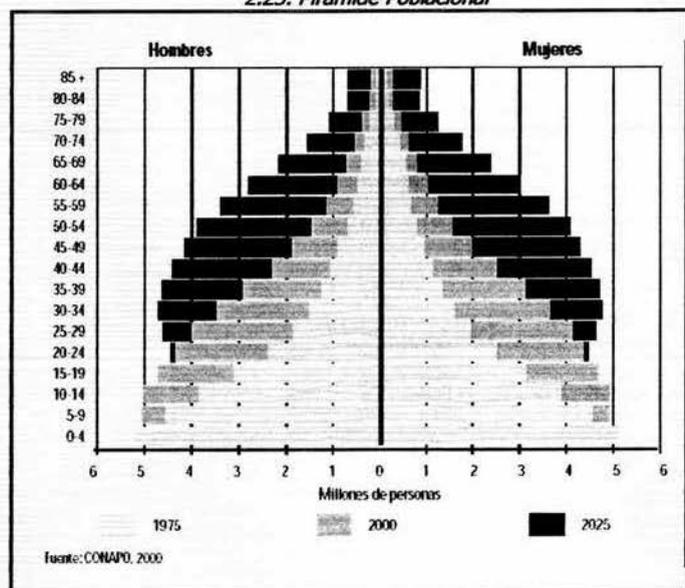
Fuente: SSA 2000

La natalidad empezó a descender a partir de los años setenta. El promedio de hijos por mujer en edad fértil pasó de seis en 1976 a 2.4 en el momento actual, cifras que nos hablan del enorme impacto de los programas de planificación familiar. En el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil ascendió a 70 por ciento.

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, se han generado dos fenómenos que caracterizan el crecimiento poblacional reciente: un descenso de la velocidad de reproducción de la población y su envejecimiento. La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030. Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando. De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores)

Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios. El incremento absoluto de la población constituye en sí mismo un reto para el sistema de salud, pero el cambio en la estructura por edades podría llegar a ser todavía más trascendente, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años), y sobre todo de la población adulta mayor (65 años y más), son más costosos y difíciles de atender.

2.23. Pirámide Poblacional



► Daños a la salud

Uno de los avances recientes más importantes en el país es el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. En la década de 1930 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos morían antes de los 35 años. Actualmente 97 por ciento de los recién nacidos alcanza su primer aniversario y la mayoría de los hombres puede aspirar a vivir 75 años o más. Por lo que se refiere a las mujeres, en 1930 la mitad moría antes de cumplir 38 años de edad. Hoy, al comenzar el siglo XXI, la mayoría puede aspirar a vivir casi 80 años.

2.24. Indicadores demográficos para México. 1950-2000 y proyecciones para el 2010 y 2025

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Población*	25.1	34.9	48.2	66.8	81.2	97.5	112.2	126.0
Crecimiento anual %	2.6	3.3	3.1	2.5	2.0	1.4	1.0	0.5
Grupos de edad %								
0 - 14	42	44	46	43	39	34	27	21
15 - 65	55	52	50	53	57	61	67	69
65 Y +	3	3	4	4	4	5	6	10
Muertes **	418	402	485	434	422	447	472	652
Nacimientos*	1.1	1.6	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.6

* Millones, ** Miles, Fuente: 1930-2000, INEGI 2010 - 2025, CONAPO

Las principales causas de muerte también cambiaron. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón cuadruplicaron su participación (4 a 16%).

2.25. Principales causas de mortalidad general en México, 1999

Orden	Causas	Defunciones	%
	Total	443950	100
1	Enfermedades del corazón	69278	15.6
	Enfermedades isquémicas del corazón	44070	9.9
2	Tumores malignos	53662	12.1
3	Diabetes mellitus	45632	10.3
4	Accidentes	35690	8.0
	Accidentes de tráfico en vehículos de motor	11659	2.6
5	Enfermedades del hígado	27040	6.1
	Enfermedad alcohólica del hígado	13417	3.0
6	Enfermedades cerebro vasculares	25836	5.8
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19268	4.3
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios	10142	2.3
8	Influenza y neumonía	14068	3.2
9	Homicidios	12249	2.8
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11319	2.5
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	9474	2.1
	Las demás causas	120434	27.1

Fuente: INEGI/SSA1999

Entre 1950 y 2000 la mortalidad bajó casi siete veces en la infancia, dos y media veces en los hombres adultos y casi cuatro veces en las mujeres adultas. También se observa que en 1950 una de cada dos muertes se debía a enfermedades propias del rezago epidemiológico, mientras que en la actualidad estas causas provocan sólo una de cada siete defunciones. En contraste, los decesos relacionados con los padecimientos no transmisibles aumentaron de 44 a 73 por ciento, dejando a las lesiones con una contribución más o menos constante de 13 por ciento. Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. En un intento por incorporar a las evaluaciones epidemiológicas tanto las muertes como la discapacidad producida por las enfermedades y las lesiones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de dos indicadores relativamente nuevos. El primero es la esperanza de vida saludable (EVISA), que mide el número de años en *buena salud* que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada.

El análisis de los EVISA indica que, globalmente, las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un peso importante, siendo las principales causas de daño a la salud la diabetes mellitus (5.8%), los homicidios y las violencias (4.8%) y la cardiopatía isquémica (4.5%), aunque los daños producidos por las afecciones perinatales (7.7%), las infecciones respiratorias (3.0%), la cirrosis (2.9%) y la desnutrición (1.9%) siguen siendo relevantes¹⁰².

El segundo indicador, los años de vida saludable (AVISA), evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad. Así, este indicador facilita la presentación de la información sobre las principales necesidades de salud, que incluyen las causas de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo.

¹⁰² Op. Cit. 95

El análisis de los años de vida saludable indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel importante. También intervienen diversos problemas que afectan sobre todo a los jóvenes y que no necesariamente llevan a la muerte –violencia, accidentes de vehículo de motor, atropellamientos, depresión y consumo de alcohol– y la demencia, que es particularmente común en las personas mayores. La diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la enfermedad en el país.

2.26. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998

Orden	Causas	%
1	Afecciones perinatales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencia	4.8
4	Cardiopatía isquémica	4.5
5	Accidentes en vehículos de motor (choques)	4.0
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebro vascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

Fuente: SSA, 2000

La mortalidad resume las transiciones demográfica y epidemiológica del país, con un predominio de muertes ocasionadas por problemas del corazón y tumores malignos que son padecimientos propios de poblaciones envejecidas. El orden de los problemas según los AVISA perdidos indica, en cambio, la importancia de padecimientos que ocurren en todos los grupos de edad.

2.27. Indicadores de mortalidad para México 1950 - 2025

Indicadores de mortalidad	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Esperanza de vida al nacer (años)	49.6	57.9	61.7	67.0	71.4	75.3	78.1	81.2
Mortalidad en la infancia (0 - 4 años)*	167	109	98	54	36	28	19	12
Hombres adultos (15-59 años)*	380	292	257	246	186	158	122	100
Mujeres adultas (15-59 años)*	319	235	193	145	107	91	66	50
Mortalidad todas las causas	16.0	11.5	10.0	6.7	5.0	4.5	4.2	5.0
Enfermedades transmisibles de la nutrición y de la reproducción**	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14.0	12.5	10.1
Enfermedades no transmisibles**	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73.0	77.8
Lesiones accidentales e intencionales**	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5	12.1

* por 1000, calculado con base en tablas de mortalidad, ** por ciento. Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO Y OMS

➤ Desigualdades en los daños a la salud

Aunque son muy útiles, los niveles promedio de salud no bastan para medir el rendimiento de un sistema. Es necesario analizar también la distribución de las condiciones de salud.

En este rubro el panorama de México deja mucho que desear. De hecho, uno de los rasgos distintivos de nuestras condiciones de salud es su desigualdad. Mientras que los daños a la salud en las regiones y

grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de algunos países europeos, en las regiones y grupos sociales empobrecidos el cuadro es el de un país de escaso desarrollo.

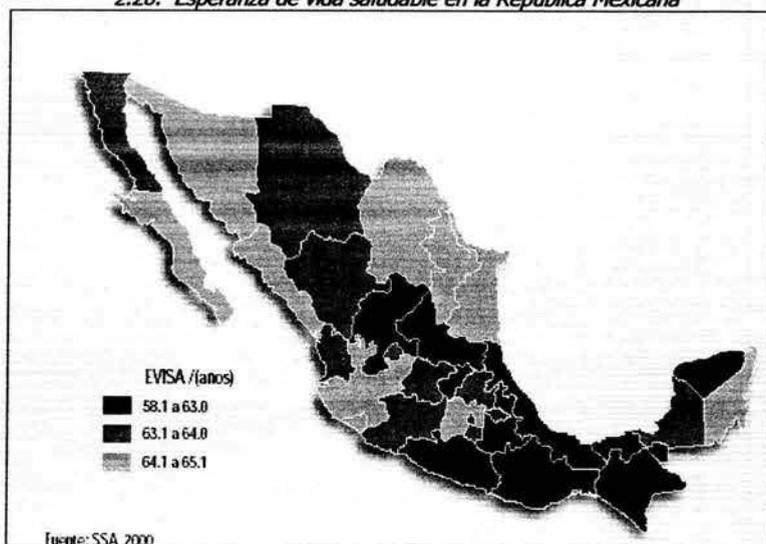
La mortalidad en menores de cinco años sigue siendo un indicador muy sensible a las desigualdades sociales. En el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México el riesgo de muerte en los menores de cinco años es similar al de Chile o Costa Rica; en las zonas rurales de Oaxaca y Chiapas este riesgo es parecido al de Perú, Guatemala o Nicaragua. El caso extremo lo presentan los niños del área rural de Guerrero, que presentan un riesgo de morir parecido al de Bolivia.

En los últimos diez años estas diferencias, además, se han acentuado. La tendencia a la baja de la mortalidad en menores de cinco años disminuyó en las zonas rurales, lo que provocó que el riesgo de morir en este grupo, que en 1992 fuera 20 por ciento más alto que en las urbanas, se incrementará en términos relativos a 55 por ciento en 1998.

La mortalidad en menores de un año en México también tiene una distribución muy desigual. En Guerrero, la tasa ajustada de mortalidad infantil es de 52 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en Nuevo León es de 14. Aun así, la tasa de mortalidad entre los menores de un año ha descendido constantemente en el país, así como la brecha entre los estados extremos. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población indican que la tendencia a disminuir de la diferencia entre los extremos debe continuar.

Las desigualdades en salud también están presentes en la población adulta. Mientras que en las áreas urbanas de Nuevo León, Baja California Sur y Quintana Roo la probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años es parecida a la de varios países europeos o los Estados Unidos, en las áreas rurales de Guerrero, Puebla y Oaxaca es similar a la de El Salvador, Nicaragua u Honduras. Estas diferencias, además, se están ahondando. Entre 1992 y 1998 la mortalidad en adultos varones del medio rural no experimentó ningún cambio, mientras que en las zonas urbanas disminuyó 17 por ciento. En las mujeres este fenómeno es todavía más dramático, pues en el mismo período la mortalidad aumentó cinco por ciento en el medio rural y disminuyó 12 por ciento en el medio urbano.

2.28. Esperanza de vida saludable en la República Mexicana



Las diferencias en la esperanza de vida al nacer también son considerables. Entre 1992 y 2000 se registraron ganancias promedio de 2.7 años en este indicador en las áreas urbanas, en contraste con sólo 0.2 años en áreas rurales. En este momento, las áreas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas presentan una esperanza de vida 10 años menor que las áreas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal.

➤ **Importancia del rezago en salud**

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago epidemiológico. Entre ellas destacan, como ya se señaló, los padecimientos relacionados con la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva.

La desnutrición proteico-calórica constituye una huella distintiva e irreversible de la pobreza. La más reciente Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, mostró que 18 por ciento de los niños mexicanos menores de cinco años (alrededor de 1.5 millones de niños) presentan una talla para la edad menor a la ideal. Según esta misma fuente, el retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas no pobres de los estados del norte. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15 por ciento de su potencial intelectual, corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas ocho a 12 veces mayor que un niño sano y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.

La anemia también constituye un grave problema carencial en México. En 1999 su prevalencia fue de 27 por ciento en menores de cinco años (60% superior a la prevalencia en los países desarrollados), 20 por ciento en mujeres no embarazadas y 26 por ciento en mujeres embarazadas.

Por lo que toca a las infecciones comunes, los padecimientos transmisibles que más contribuyen a la carga de enfermedad son, en orden de importancia: las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. A escala nacional, estas enfermedades son responsables de la pérdida de uno de cada seis años de vida saludable.

Entre 1980 y 2000 la mortalidad por infecciones intestinales registró una caída de 91 por ciento. El descenso más importante se dio en los menores de cuatro años, grupo de edad en el que se presentaron 27 mil muertes menos que las registradas en 1980. Sin embargo, el rezago a este respecto en las zonas rurales todavía es considerable.

El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es cinco veces mayor que en las zonas urbanas. Esta diferencia es de ocho veces en los menores de cinco años. Por su parte, la influenza y la neumonía son responsables de cuatro por ciento de las muertes en México. Este problema es también particularmente grave en los menores de cinco años.

Dado que no hay indicios de que la carga ocasionada por estos padecimientos vaya a disminuir en el corto plazo, es previsible que los servicios de salud sigan recibiendo una importante demanda para su atención. Se estima que antes de cumplir los cinco años de edad, cada niño mexicano padecerá, en promedio, dos episodios de diarrea y cinco de infecciones respiratorias al año. Esto representa, si todos estos casos de enfermedad se atienden en unidades del sistema de salud, 100 millones de consultas por estas causas por año, equivalentes al 30 por ciento de la demanda de consultas de la población enferma.

La tuberculosis pulmonar también sigue contribuyendo de manera importante al peso de la enfermedad en México. Aunque la mortalidad por esta causa ha descendido en los últimos años, este padecimiento todavía constituye la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único. En el año 1999 ocupó el lugar 19 en la lista de principales causas de muerte.

En el momento actual, más de 25 por ciento de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA. Además, el crecimiento poblacional, la pobreza, los

movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes han favorecido la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosos, lo que ya constituye un problema de naturaleza global.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10 000 nacidos vivos registrados en 1990 y 1999, respectivamente. Igualmente, esta mortalidad tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. Alrededor de 70 por ciento de las muertes maternas registradas en 1999 ocurrieron en diez entidades ubicadas en estas dos regiones y, como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave. En Guerrero, los municipios con 40 por ciento y más de población indígena presentaron una razón de mortalidad materna de 28.3 por 10 000 nacidos vivos.

2.29. *Mortalidad materna por entidad federativa 2000*



Las cifras de mortalidad materna están subestimadas, ya que en el momento actual sólo seis de cada diez partos se atienden en las instituciones del sector público y más del 20 por ciento se atienden en los hogares, con frecuencia por personal no calificado. En los municipios indígenas de Chiapas y Guerrero, por ejemplo, sólo 21.0 y 17.1 por ciento de los nacimientos, respectivamente, se atienden en unidades del sector.

A pesar de que en la última década la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino mostró una moderada tendencia al descenso, en la actualidad el volumen absoluto de muertes en el país debidas a esta causa es ligeramente más alto que en 1990. En el año 2000 la tasa nacional de muertes por cáncer cérvicouterino fue de 19.4 por 100 000 mujeres de 25 años y más. En Chiapas, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán se registraron cifras superiores. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino crece con la edad. En la edad productiva este padecimiento es el más común de los tumores malignos en mujeres y la primera causa de muerte. Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable.

Los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento: la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre –hipertensión, infecciones, traumatismos–, los problemas del embarazo y del parto –placenta previa, parto podálico–, las alteraciones

en el recién nacido –ictericia, hemólisis, hemorragia– y los problemas de membrana hialina y asfisia neonatal.

Los problemas de salud derivados de las emergencias y los desastres también constituyen un problema relacionado con el rezago en salud. En los últimos cinco años, los desastres naturales ocurridos en México –huracanes, temblores, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas– generaron más de cinco millones de damnificados, alrededor de 2 mil muertes directas, y un número indeterminado de muertes indirectas, debidas en su mayoría a infecciones, insuficiencia de alimentos y falta de servicios básicos. Lo que provoca la muerte de las personas en estas circunstancias no son los acontecimientos naturales en sí mismos, sino el hecho de que se presentan en condiciones poco adecuadas para enfrentarlos. Por esta razón, los desastres naturales causan más muertes entre la población pobre que entre la población con mayores recursos.

➤ **Riesgos para la salud**

Tabaquismo

A pesar de que se conocen los efectos nocivos del tabaco, su uso en México es generalizado y existen muy pocos obstáculos para su consumo. En los últimos años ha aumentado la producción de tabaco en el país sin que se haya presentado un aumento paralelo en su exportación, lo que permite suponer que el consumo interno se ha incrementado.

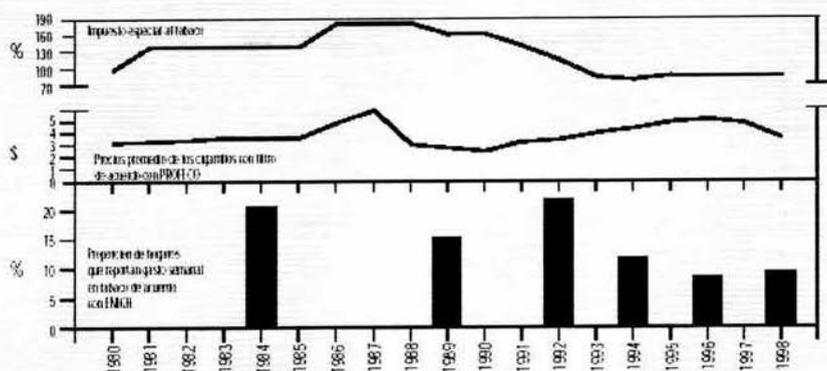
Sin embargo, las cifras publicadas por el Banco Mundial registran una tendencia decreciente en el tabaquismo durante la última parte del siglo. Según esta fuente, el consumo de tabaco en México descendió de 1.4 kg por adulto en 1975 a 1.0 kg en 1990.

De acuerdo con información oficial, este consumo podría haber disminuido hasta 0.7 kg per cápita en el año 2000.

De acuerdo con los datos publicados en 1998 por la Encuesta Nacional de Adicciones, 28 por ciento de los habitantes del país de entre 12 y 65 años de edad son fumadores (43% de los varones y 16% de las mujeres). En otras palabras, 8.8 millones de los hombres mexicanos y 4.4 millones de las mujeres fuman. Además, 1.1 millones de adolescentes (11.6% de la población de 12 a 17 años) son fumadores activos, y de ellos más de la mitad inició el consumo de tabaco antes de los 14 años de edad. Entre la población de 18 a 65 años, la prevalencia total es de 32 por ciento, lo que equivale a 12 millones de fumadores adultos. Al interior de este grupo etéreo, el mayor consumo se ubica entre los 19 y 29 años, con una prevalencia de 42 por ciento. Esta proporción desciende a 25 por ciento en la siguiente década de vida y se mantiene alrededor del 13 por ciento en las siguientes. Conforme avanza la edad, la frecuencia en el consumo tiende a disminuir.

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacidad secundarias a tumores malignos –boca, esófago, hígado, páncreas, cérvix, vejiga y pulmón–, afecciones cardiovasculares –hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebro vascular–, padecimientos respiratorios –enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones y bajo peso al nacer, por lo que sin duda constituye uno de los factores riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte más importantes del país.

Relación entre el impuesto al tabaco, precio de los cigarrillos y gasto de los hogares en tabaco



Abuso en el consumo de alcohol

Si se analizan los cambios recientes en el perfil de mortalidad en México, se puede constatar la creciente importancia de la cirrosis hepática y las lesiones accidentales e intencionales se han contado entre las principales causas de muerte

En el país en los últimos 30 años la relación entre cirrosis-consumo de alcohol es directa, mientras que la relación entre lesiones y alcohol es indirecta, pues éste funciona como mediador en los homicidios, suicidios y accidentes de vehículo de motor. Se sabe también que el abuso en el consumo de alcohol participa, aunque en menor grado, en las muertes por cáncer de boca, esófago, estómago, hígado y pulmón, y en lesiones accidentales como caídas, envenenamientos, quemaduras y ahogamiento.

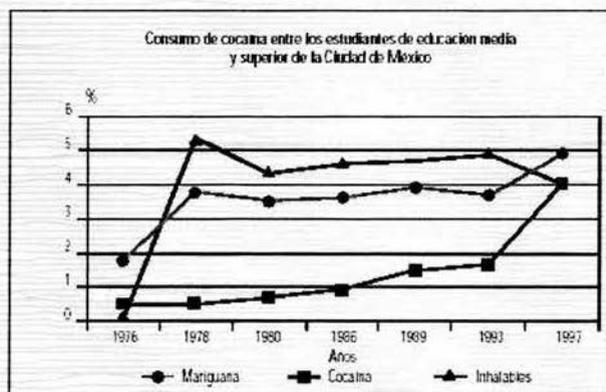
Los datos derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 indican que en 1987 el 12.5 por ciento de la población masculina y el 0.6 por ciento de las mujeres de entre 18 y 65 años de edad presentaban síndrome de dependencia al alcohol. Si esta situación se mantuvo hasta la fecha, puede afirmarse que en el momento actual hay tres millones de hombres y 150 mil mujeres consumidores consuetudinarios de etanol. Sin embargo, existen pocos elementos para suponer que esas cifras se han mantenido estables, y lo lógico es suponer que han aumentado. Un argumento en apoyo a la hipótesis de un posible incremento en el consumo de alcohol es el volumen de su consumo per cápita a escala nacional. En 1972, éste ascendía a 35 litros por persona para la población general, y 66 litros considerando sólo a los mayores de 15 años. En 1984 el consumo se había incrementado a 39 y 72 litros, respectivamente, lo cual representa un incremento de diez por ciento en 12 años.

En México el abuso en el consumo de alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludable, es decir, 9.3 por ciento del total (14% en hombres y 2.4% en mujeres). En términos relativos, la diferencia entre los medios rural y urbano es mínima; sin embargo, en términos absolutos la pérdida es mayor por 80 mil años de vida saludable en el medio rural.

Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la cirrosis hepática (39%), los homicidios (10%) y la dependencia alcohólica (18%). El 15 por ciento restante se distribuye entre otras 20 enfermedades. Si se considera el abuso de alcohol como el principal componente de riesgo en algunos de los más importantes problemas de salud pública –lesiones, violencia, cirrosis, depresión, algunos cánceres, etc.–, puede concluirse que es el factor que más contribuye a la pérdida de años de vida saludable a escala nacional.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó 27.7% de fumadores, 14.8% de ex-fumadores y 57.4% no fumadores. Alrededor de 1.5 millones de varones y 200 mil mujeres de entre 12 y 65 años de edad cumplían con el criterio de dependencia al alcohol del DSM-IV, mientras que 9.6% de los hombres y

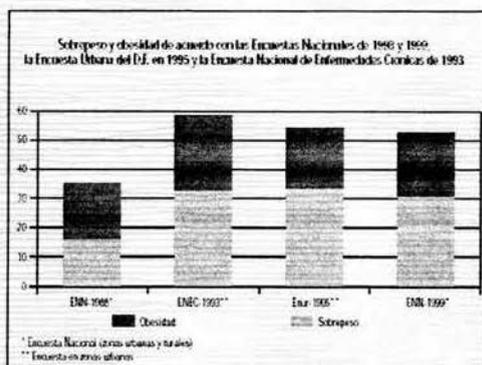
1.0% de las mujeres consumen alcohol en exceso. El consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida es de 5.2% equivalente a 2.5 millones de personas¹⁰³.



Obesidad

Un índice de masa corporal mayor al ideal sugiere sobrepeso u obesidad, condiciones que indican exceso de grasa en el cuerpo. Un índice de entre 25 y 29.9 indica sobrepeso, y uno mayor de 30 indica obesidad. El sobrepeso y la obesidad se asocian con un riesgo más alto de padecer diversas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, alrededor de 30.8 por ciento de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.7 por ciento obesidad. Estas cifras revelan un incremento de 49.6 por ciento en los últimos 10 años.



> **Vías públicas y seguridad personal**

En algunas ciudades del país la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población. En la vía pública suceden actos violentos y accidentes que provocan enormes pérdidas en términos de salud. Las lesiones accidentales son la principal causa de muerte prematura y

¹⁰³ CONSEJO Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-98) Resultados Preliminares. Secretaría de Salud. México, D.F. 1998.

discapacidad en México. En la última década, cada año murieron alrededor de 60 mil mexicanos por efecto de lesiones accidentales o intencionalmente provocadas.

Las lesiones se han convertido en un problema de salud pública muy serio. En el momento actual constituyen la tercera causa de ingreso a clínicas y hospitales, después de la atención del parto y las afecciones obstétricas. Su magnitud ocasiona la presencia de seis mil pacientes diarios en los servicios de urgencia, de los cuales 600 terminan hospitalizados y 170 fallecen. Las principales causas de internamiento son las fracturas, los traumatismos craneo-encefálicos y las heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones proviene de accidentes de vehículo de motor (22%), caídas (36%) y agresiones a terceros (15%). Los estudios realizados en el país sobre este tema indican que las lesiones son la principal causa de muerte entre los hombres de cinco a 45 años, siendo la edad promedio de muerte por lesión accidental de 30 años y de 33 en el caso de los homicidios. Los lugares en donde con mayor frecuencia se producen estas lesiones son la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación.

En cuanto a la carga de enfermedad, se calcula que el riesgo de perder un año de vida saludable por lesiones es dos veces más alto en México que el promedio en los países desarrollados, y que esta diferencia varía según la edad, siendo mayor en el caso de los escolares y los adultos jóvenes. Del total del peso por lesiones accidentales 65% es secundaria a la muerte prematura y 35% a discapacidad.

2.4.7. Diagnóstico Situacional.

Mediante el sistema público se han logrado avances importantes en las condiciones de salud. Entre 1950 y 2000, a pesar de que la población se multiplicó por 3.8 y con ello la demanda de servicios, el sistema de salud pública logró la prevención y la erradicación de enfermedades infecciosas. Las campañas de vacunación han permitido una cobertura de 97.7% en el programa básico de inmunizaciones que está en la Cartilla Nacional de Vacunación, cuando hace diez años sólo se llegaba a 82.0% de la población.

Las medidas preventivas de salud pública y la incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías han contribuido a reducir la mortalidad y a elevar la esperanza de vida al nacer. Según el Consejo Nacional de Población, entre 1950 y 2000 la tasa de mortalidad pasó de 16.0% a 4.5% y la esperanza de vida al nacer de 49.6 a 75.3 años. En el cuadro siguiente se presentan los avances logrados durante los últimos 50 años y algunas proyecciones sobre las tendencias para los próximos 25 años.

A mediano plazo se mantendrán las actuales tendencias en la esperanza de vida y la tasa de mortalidad de la población, pero con un ritmo de avance menor al pasado. Sin embargo, las tasas de mortalidad por tipo de enfermedad revelan dos situaciones importantes: a) se mantendrá el control de las enfermedades transmisibles, pero no así el de las no transmisibles —por ejemplo, cardiovasculares, neoplasias y metabólicas; b) el continuo incremento de las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles permite pensar que será necesario contar con una mejor infraestructura médica y que se requerirá una pronta reconversión de los sistemas de salud pública, hoy especializados en la atención de enfermedades transmisibles.

Los avances en las condiciones de salud han contribuido a la formación de capital humano en el país y a crear las bases para un mayor desarrollo económico. Sin embargo, las deficiencias en materia de cobertura y calidad no permiten que el sistema de salud mexicano sea competitivo en términos internacionales.

Indicadores Internacionales de Salud

	Esperanza de vida sana, años*	Gasto total en salud, % del PIB	Gasto total por habitante en salud, dólares	Desempeño global del sistema de salud, posición	Equidad financiera, posición
Estados Unidos	67.2	13.0	3,915.0	37	54
Alemania	69.4	10.5	2,225.0	25	6
Canadá	70.0	9.0	2,183.0	30	17
Australia	71.5	8.4	1,950.0	32	28
Francia	70.7	9.4	1,905.0	1	26
Japón	73.8	7.4	1,783.0	10	9
Italia	71.2	7.7	1,603.0	2	46
Reino Unido	69.9	6.7	1,457.0	18	10
España	70.6	7.1	1,104.0	7	27
Argentina	63.9	8.0	995.0	75	92
República Checa	65.6	7.1	870.0	48	71
Chile	65.5	7.2	642.0	33	168
Polonia	61.8	6.1	465.0	50	150
Arabia Saudita	59.5	4.0	461.0	26	37
Brasil	57.1	6.5	454.0	125	189
Costa Rica	65.3	7.0	448.0	36	84
México	64.2	5.4	443.0	61	144
Colombia	60.9	9.3	433.0	22	1
Omán	59.7	3.2	327.0	8	56
Venezuela	62.3	4.6	289.0	54	98
Perú	58.8	4.0	188.0	129	184
China	62.1	4.2	127.0	144	188

* Se entiende como el equivalente a los años de buena salud que se espera vivirá un recién nacido en función de las tasas de morbilidad y de mortalidad del momento

Fuente: Informe sobre Salud en el Mundo 2001. OMS, con información de 1997

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Reporte de Salud Mundial 2000, el sistema de salud de México ocupa la posición 61 de un total de 191; otros países con un gasto en salud por habitante en dólares similar o inferior al de nuestro país (\$443) como Oman (\$327), Arabia Saudita (\$461), Costa Rica (\$448) y Polonia (\$465), tienen un mejor desempeño y ocupan mejores posiciones: 8, 26, 36 y 50, respectivamente.

La OMS señala en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 que México ocupa la posición 42 de un total de 191 por el número de años de vida sana de su población (64.2 en promedio) y sus principales socios comerciales, Canadá y Estados Unidos, ocupan los lugares 17 y 28 con 70.0 y 67.2 años.¹⁰⁴ La falta de competitividad del sistema de salud mexicano refleja las deficiencias en cobertura y calidad en el ámbito interno de los servicios de salud pública. Por una parte, la cobertura del sistema de salud pública es insuficiente y desigual y, por otra, la atención médica presenta una calidad muy heterogénea.

La cobertura legal del sistema es 89% según la Secretaría de Salud. Sin embargo, la segmentación en la oferta de servicios entre las instituciones públicas no permite que esta cobertura sea necesariamente la real por los traslapes que existen entre los grupos de usuarios que atienden las instituciones y porque hay una creciente participación de los servicios privados ante las deficiencias en los servicios públicos. No obstante que el sector público cuenta con una más amplia infraestructura médica que el sector privado, por lo que se estima que el sistema de salud pública deja sin atención hasta un tercio de la población y sólo atiende a 40% de la demanda total de servicios de salud¹⁰⁵.

Por otra parte, las instituciones de población abierta y seguridad social presentan desequilibrios financieros y ello limita los beneficios para sus usuarios. Por ejemplo, las instituciones que dan cobertura a los sectores formales de la economía emplean a 56.5% de los médicos que laboran en el sector público

¹⁰⁴ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, (2001). "Informe sobre la Salud en el Mundo". W.D.C.

¹⁰⁵ FUNDACION Mexicana para la Salud (2000). "Encuesta de Opinión Pública acerca del Sistema de Atención en México", México.

y cuentan con 54.7% del total de camas censables, por lo que el número de médicos y camas por cada 100 mil habitantes o derechohabientes es mayor en las instituciones de seguridad social que en las de población abierta:

134.1 vs. 115.9 en médicos y 71.2% vs. 66.2% en camas. La disparidad es más evidente si, por ejemplo, se compara al IMSS-Solidaridad —atiende a grupos marginados en la población abierta— con el IMSS, el ISSSTE o Pemex. El IMSS-Solidaridad sólo cuenta con 50.7 médicos por cada 100 mil habitantes y las otras instituciones, 114.9, 177.7 y 368.8, respectivamente. La falta de recursos en los servicios públicos de salud es más notoria en las zonas rurales.

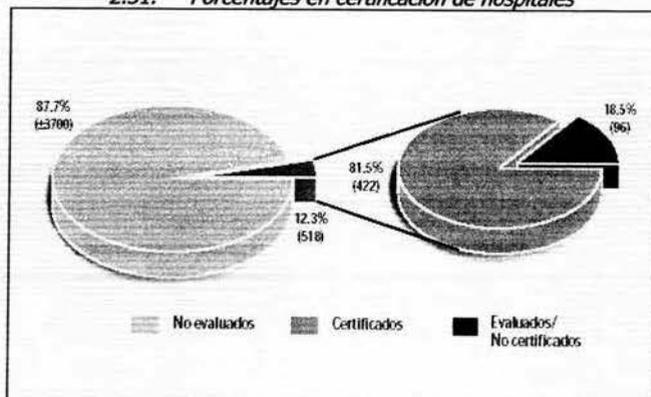
Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social.

El sistema mexicano de salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidad de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1,952 centros de salud urbanos y rurales, y 214 hospitales generales de la SSA entre 1997 y 1999 son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33, 44 y 20 por ciento, respectivamente. En los hospitales el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89 por ciento de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.

Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales apuntan en el mismo sentido. De los casi 4 mil hospitales que existen en el país, sólo han sido evaluados y dictaminados por esta comisión 518 (13%). Esto significa que en más del 85 por ciento de las unidades hospitalarias se carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada.

2.31. Porcentajes en certificación de hospitales



Fuente: Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales

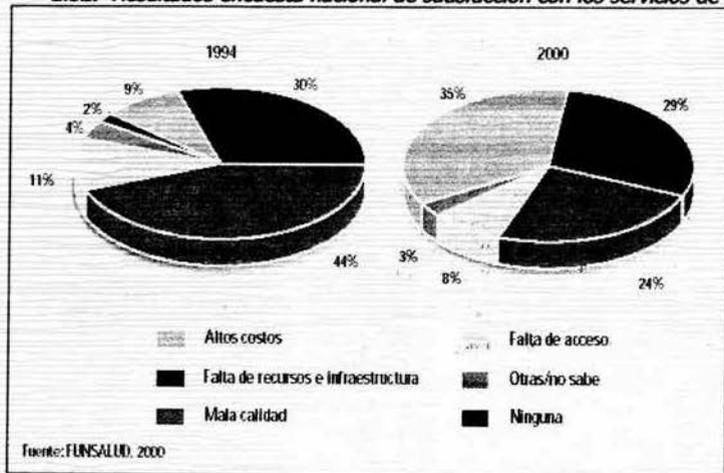
Otro indicador que refleja problemas de calidad es el porcentaje de cesáreas. A escala nacional esta cifra se ha incrementado de 23.5 en 1991 a 32 por ciento en el momento actual. El caso más extremo es el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en donde 51 por ciento de los nacimientos son cesáreas.

Los problemas de calidad no son privativos del sector público. De las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en el proceso de evaluación obtuvieron calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y en un nivel inferior al de los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Un caso especial son las 1 500 unidades hospitalarias privadas que cuentan con cinco camas o menos y que funcionan sin regulación. Estas unidades suelen estar mal equipadas, tienden a estar atendidas por médicos no certificados, no cuentan con médicos de tiempo completo y tienen un servicio de enfermería a cargo de pasantes o auxiliares. Por lo que se refiere a las cesáreas, el problema es todavía más grave en este sector. En Nuevo León, por ejemplo, 74 por ciento de los nacimientos hospitalarios (más de 12 mil) fueron atendidos por cesárea. En países como Japón y el Reino Unido el porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 15 por ciento.

No es de sorprender, por lo tanto, que el usuario de los servicios de salud en México se muestre insatisfecho con la calidad de estos servicios. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, los mexicanos piensan que, en este momento, la atención del gobierno debe centrarse en el desempleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud

Los entrevistados también opinaron que son necesarios cambios fundamentales en los servicios de salud e identificaron como dos de los principales problemas los altos costos de la atención y la falta de recursos e infraestructura en las unidades. Esta opinión fue particularmente frecuente entre aquellos individuos que habían utilizado servicios hospitalarios en el último año. Asimismo, dos de cada diez mexicanos reportan haber tenido que posponer la atención de su salud por lo menos una vez en el año por no disponer de recursos financieros.

2.32. Resultados encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud



Por otro lado, existe un grado aceptable de satisfacción de los usuarios con la atención ambulatoria recibida, tanto en los servicios públicos como privados. Pero este no es el caso de los servicios de

urgencia: seis de cada diez mexicanos reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron con la rapidez esperada. Este problema fue más común en la región sur, entre la población de bajos ingresos, y entre los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. Asimismo, 22 por ciento de la población presentó problemas para obtener atención domiciliaria. Este problema fue más frecuente en la región sur del país, entre las mujeres y entre los no asegurados. Por lo que se refiere a la mejoría en el estado de salud, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, 65 por ciento de los usuarios de servicios públicos y privados reportaron haber mejorado con la atención ambulatoria recibida. En el resto de los casos, la salud no mejoró o incluso empeoró. Los porcentajes, en el caso de mejoría, fueron mayores entre quienes acudieron a servicios privados de salud (81%), seguidos por los usuarios de la seguridad social (64%) y finalmente por quienes hicieron uso de los servicios de la SSA (55%).

Entre diversos grupos dedicados al estudio de los servicios de salud, existe la percepción de que en México hay problemas de respeto a los derechos humanos de los pacientes. Se piensa que a los usuarios de los servicios públicos de salud se les trata con poco respeto –sobre todo a los indígenas, las mujeres y los pobres– y se les impide el acceso a sus redes sociales de apoyo, más que nada cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. Uno de los motivos de queja más frecuentes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico.

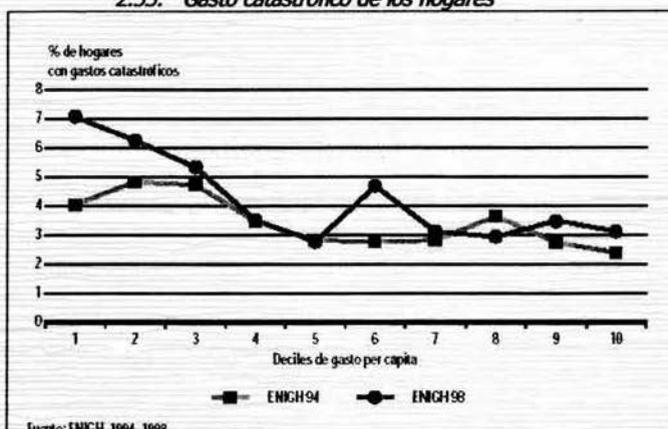
Por lo que se refiere a los tiempos de espera, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital. En el caso de los pobres, el promedio en todos los casos se incrementa en un día. Algunas esperas alcanzan los 90 días, y la principal razón para no volver a utilizar los servicios de la última atención ambulatoria son los largos tiempos de espera.

Por lo que toca a las cirugías, cinco de cada 100 mexicanos reportan que necesitaron una cirugía en el último año. Sin embargo, sólo uno de ellos fue operado, reportando haber esperado 15 días para la intervención; dos estaban en lista de espera, y el resto no contaba con ninguna información sobre las posibilidades de ser atendido.

Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En este rubro, el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requieren.

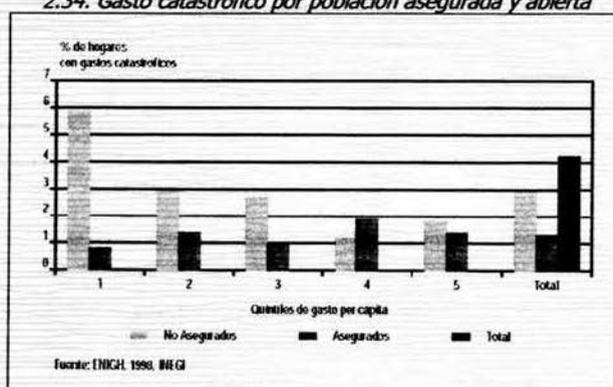
Las cuentas nacionales de salud indican que más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal (en adelante "gasto de bolsillo"). También se sabe que este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo, se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurrir en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es más común entre los hogares pobres comprendidos en los deciles de ingreso 1, 2 y 3, como se muestra en siguiente figura:

2.33. Gasto catastrófico de los hogares



Sin embargo, el aseguramiento ofrece protección financiera, especialmente a los hogares pobres. Como se observa en la figura, los gastos catastróficos son menos comunes en las familias pobres aseguradas que entre las que no gozan de seguro.

2.34. Gasto catastrófico por población asegurada y abierta



No es de sorprender que dos de cada diez mexicanos posterguen la atención de su salud cuando la requieren y que incluso deban renunciar a ella. Entre los discapacitados y enfermos crónicos esta cifra llega a ser mayor. Asimismo, según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 20 por ciento de las personas reportaron haber tenido problemas para pagar las cuentas del médico y del hospital, y para pagar por las medicinas prescritas. Un alto porcentaje reportó haber tenido que disminuir sus gastos en otros rubros para cubrir sus gastos de salud. Este último fenómeno fue particularmente frecuente entre los entrevistados de menores ingresos.

En resumen y de acuerdo a las situaciones planteadas, el Sistema de Salud en México presenta serias deficiencias, en cuanto, cobertura, calidad en la atención y desigualdades estructurales, que de no resolverse en el futuro inmediato ocasionaran una mayor fragmentación y pondrán en riesgo la estabilidad del propio sistema.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO II

1. **ASPECTOS** Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub. Méx. 43(2); 2001.
2. **CONAPO**. Indicadores Básicos. México DF, (2001). <http://www.conapo.gob.mx>
3. **CONSEJO** Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-98) Resultados Preliminares. Secretaría de Salud. México, D.F. 1998.
4. **CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**
5. **DIRECCIÓN** General de Estadística e Informática, SSA. (2000) Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno. Mimeo. México D.F. www.ssa.gob.mx
6. **DIRECCIÓN** General de Información y Evaluación del Desempeño SSA. Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud. México, 2002.
7. **ENCICLOPEDIA** Britannica, *Book of the Year*, 2002.
8. **FUNDACION** Mexicana para la Salud (2000), "Encuesta de Opinión Pública acerca del Sistema de Atención en México", México.
9. **GARISON**, H. (1966). "Historia de la Medicina". 4ª. Ed. México, Ed. Interamericana.
10. **INSTITUTO** Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Resultados Definitivos. México DF, 2001. www.inegi.gob.mx
11. **LAURELL**, Asa Cristina y **ORTEGA**, María Elena. (1991). "El proceso de privatización en salud. El caso de México". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
12. **LEY DEL INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS AERAS MEXICANAS**
13. **LEY DEL SEGURO SOCIAL**
14. **LEY GENERAL DE SALUD**
15. **LOPEZ**, Antuñano Francisco (1993). "Evolución de Los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud". Rev. Salud Pública de México, Vol. 35, No. 5
16. **MÁRQUEZ**, P. y Engler T. (1998). "Crisis y salud: retos para el Fin del Siglo". Revista Educación Médica y Salud. Número especial, marzo.
17. **ORGANIZACIÓN** de Naciones Unidas. Informe de la coyuntura económica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México D.F. 2001.
18. **ORGANIZACIÓN** Mundial de la Salud, (2001). "Informe sobre la Salud en el Mundo.
19. **ORGANIZACIÓN** Panamericana de la Salud. (1992). "Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud. Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de planes nacionales de inversiones en América Latina y el Caribe." II Cumbre Iberoamericana de Presidentes. Madrid.
20. **ORGANIZACIÓN** Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. (2002) Capítulo México de "Salud en Las Americas 2002" (Versión preliminar).
21. **ORGANIZACIÓN**, Panamericana de la Salud. (1990). *Las condiciones de Salud en Las Américas*. Vol. I y II. Washington D.C.

22. **PRESIDENCIA** de la República. (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. México D.F. www.presidencia.gob.mx
23. **PROGRAMA** de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano 2001. New York, 2001.
24. **RODRIGUEZ**, Contreras/ **PELAYO** R. (2000). "Situación Socio – Sanitaria en Ibero América: Indicadores de Salud y Desarrollo. Academia Iberoamericana De Farmacia. *Ars Pharmaceutica*. Vol. 41, No. 3
25. **SANCHEZ**, Cordero de García Villegas Olga. (2000). "Precedentes de la Suprema corte de Justicia de la Nación en materia de derecho a la protección de la salud". Revista CONAMED, AÑO 4, Vol. 6, No. 17.
26. **SECRETARÍA** de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Primera Edición. México D.F. 2001
27. **SIGERIST**, H. (1974). "Historia y sociología de la Medicina". Bogota, Colombia. Ed. Gustavo Medina

CAPITULO III: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

3.1. ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Nunca se había vivido antes en la historia contemporánea de los sistemas de salud una época de cambios tan múltiples y tan generalizados. Posiblemente el antecesor contemporáneo de los modernos sistemas de cobertura universal, proviene de la experiencia del ducado alemán de Nassau en 1818, que desarrolló un sistema completo de servicios médicos estatales. La propuesta Bismarkiana de los seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, vejez y muerte fue posterior (1883) y hubo de ser necesario esperar a la revolución bolchevique para el establecimiento de sistemas nacionales de cobertura universal en este siglo, cuya instauración ha sido lenta y progresiva. El sistema inglés data de 1948 y el canadiense, aun cuando en su experiencia de Shaskatewan se remonta al final de los 40, en lo esencial de su sistema actual es más reciente (década de los 70).

En nuestra región, hasta la postguerra, predominaron sistemas en donde la participación del Estado Nación era secundaria, pues el peso recaía sobre comunidades religiosas, sociedades mutitarias, municipios, provincias o particulares.

Surgió entonces un rol mas activo por parte del Estado, ya fuera mediante la constitución de Servicios Nacionales de Salud como en Chile (1952), o de Sistemas Nacionales de Salud como en Colombia (1975), a través de la Seguridad Social más o menos universal como en México y Costa Rica, o por medio de sistemas mixtos de prestación, relativamente controlados desde los Ministerios de Salud.

A partir de la experiencia Chilena con las Isapre (1981), de la reforma Brasileña con la creación del Sistema Único de Salud - SUS (1988) y de la creación de un Seguro Nacional de Salud en Colombia (1993), se inicia una etapa de reformas, que podría llegar a constituir una tercera ola en el lineamiento de los sistemas de salud.

En los últimos años la mayoría de los sistemas de nuestro continente, sufrió reformas que corresponden a un cambio de modelo de la economía, caracterizado por apertura hacia el exterior y hacia adentro, como parte de una filosofía de competencia; por acceso a los mercados, con un proceso de globalización del comercio, de los viajes y la tecnología, con una participación privada más amplia¹⁰⁶.

En la actualidad se vive en el mundo un proceso que cobija todos los continentes en el cual se están dando una serie de cambios de una gran importancia en los sistemas de salud. En nuestro continente este proceso se extiende con diversos grados de intensidad a prácticamente todos los países.

Antes de detallar estos procesos en forma particular y más específica, es importante considerar la evolución y dinámica de los Estados, pues en esa evolución, encontramos, primeramente – como ya se ha establecido – el origen mismos de la Salud Pública y además, como de ellos emanan las políticas y transformaciones del propio Sistema de Salud.

3.1.1. El Estado de Bienestar

El antecedente más remoto del Estado de Bienestar, tiene su origen en los movimientos sociales de fines del siglo XIX, encontrando a los primeros representantes en Inglaterra y Alemania.¹⁰⁷

En lo que podemos definir como una primera etapa del Estado de Bienestar, Gran Bretaña se caracteriza por una creciente pobreza, que se empieza asumir como una problemática social mas que

¹⁰⁶ BANCO Mundial (1991). "Informe sobre desarrollo mundial: La tarea acuciante del desarrollo". Washington, D.C.

¹⁰⁷ GARCIA Cotarelo, R. (1987). "Origen y desarrollo del Estado de Bienestar" *Sistema*, noviembre, núm. 80-81



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.

individual y que pone en el debate de la discusión las bondades del capitalismo puro. El estado empieza a intervenir directamente con el objeto de corregir las deficiencias y procurar la estabilidad y eliminación de posibles conflictos. De dicha intervención nace la institucionalización de una política social e inicia la construcción del Estado de Bienestar, este país fue el primero que introdujo el seguro obligatorio contra el desempleo.

Como respuesta a los problemas sociales y con el objeto de unificar a la nación y a la vez eliminar la influencia de las ideas socialistas, la primera legislación sobre accidentes de trabajo y seguro contra enfermedades, se obtuvo del canciller Bismarck (Alemania); la cual crece bajo la forma de seguro social.

Durante la República Socialista de Weimar (1919); se realizaron modificaciones importantes en el área de relaciones industriales, garantizando a los trabajadores sus derechos básicos y reconociendo la negociación colectiva como mecanismo de resolución de conflictos obreros, y se legitimaron los sindicatos.

Francia continuó, con las medidas de política social al establecer en 1932 los subsidios familiares.

Una segunda etapa, es la constitución y el auge del Estado de Bienestar que se sitúa entre la segunda posguerra y los años ochentas.

En 1942 William Beveridge, propone en Inglaterra ampliar la cobertura del seguro social a toda la población, naciendo con él el concepto integral de seguridad social. La inspiración de Beveridge, se sustenta en los principios sociales, económicos y de equilibrio nacional, en los que la seguridad nacional debía proveer, en tiempos de crisis, un nivel de ingresos que permitiera la subsistencia de los trabajadores. Destaca además, la creación de la Organización Internacional del Trabajo

El estado de Bienestar se consolida después de 1945 y es favorecido por el crecimiento económico y la reconstrucción de los países europeos después del conflicto armado.

Los países escandinavos, consolidan sus sistemas de seguridad social a partir de la ascensión al poder de los partidos socialdemócratas, tanto éstos como los mencionados inicialmente, lograron establecer políticas sociales de corte universal.

3.1. AREA Y COBERTURA DE LAS POLITICAS SOCIALES EN LOS PAISES QUE INICIARON TEMPRANAMENTE LOS PROGRAMAS SOCIALES					
AREAS	COBERTURA	ALEMANIA	ESCANDINAVOS	FRANCIA	INGLATERRA
EDUCATIVO	UNIVERSAL	X	X	X	X
SALUD	UNIVERSAL	X	X	X	X
PROTECCION SOCIAL	UNIVERSAL	X	X	X	X

FUENTE: OCDE, CITADO POR L. KUSMIR, LA POLITICA SOCIAL EN EUROPA, MIGUEL ANGEL PORRUA, 1996 PP. 54

La última Etapa, se caracteriza por la crisis y el cuestionamiento de la existencia del Estado de Bienestar, y comprende las dos recientes décadas.

Pueden darse muchas definiciones del Estado de Bienestar, pero fundamentalmente se trata de un proceso en el cual se han abandonado en la práctica algunos elementos de la teoría liberal del Estado: en efecto, el Estado ha dejado de ser "no intervencionista" y se ha considerado que era responsabilidad suya conseguir:

— una situación de plena ocupación,

— un sistema de seguridad social que cubriera la totalidad de la población,

— la generalización de un alto nivel de consumo y la garantía de un nivel de vida mínimo incluso para los más desfavorecidos.¹⁰⁸

Para conseguirlo, el Estado hubo de crecer hasta controlar entre el 40 % y el 50 % del PIB. Este crecimiento, ha tendido a la interpretación histórica desde dos concepciones enfrentadas entre sí:

Para unos, el Estado creció como respuesta a las demandas de la sociedad y su intervención fue fundamentalmente provechosa. Para otros, el Estado se desarrolló movido por el dinamismo interno de las burocracias que tienden a crecer y ampliar cada vez más sus ámbitos de control; huelga decir que éstos juzgan críticamente al Estado de Bienestar. Repasemos brevemente cuáles son las aportaciones de ambos puntos de vista.

La primera interpretación ayuda a recordar los problemas sociales y económicos a los cuales se han enfrentado los países occidentales durante el último siglo. Ante estos problemas el Estado ha intervenido *por razones de solidaridad, pero también de eficacia.*

El Estado ha intervenido en el mercado de trabajo regulando las condiciones de seguridad y de higiene en el trabajo y en algunos casos el salario mínimo; pero lo más importante ha sido la aceptación del papel de los sindicatos y la negociación colectiva. Estas intervenciones en muchas ocasiones fueron el resultado de la presión del movimiento obrero para salir de las condiciones de explotación del siglo XIX, que son muy conocidas.

No obstante, el cambio de situación de la clase obrera no ha sido resultado *solamente* de la solidaridad social, sino también el deseo de las clases económicamente hegemónicas de tener paz social.

La segunda interpretación nos avisa, sin embargo, de los peligros de la intervención estatal. El Estado no crece sólo como respuesta desinteresada a las demandas de la sociedad; también crece como respuesta a la dinámica de unas burocracias que quieren extender su ámbito de competencias. La administración, no sometida a la implacable vigilancia del mercado, se vuelve lenta, poco ágil, poco eficiente y, por tanto, cara. El crecimiento del Estado también crea nuevos grupos dominantes.

Los problemas que surgieron en el fin de siglo, desempleo, inflación, crisis, desaceleración económica, conflictos ideológicos, retroceso político, aunado a factores de la propia población tales como, envejecimiento, aumento de las migraciones y la más activa participación de las mujeres en la vida pública - mismos modifican la estructura social y política de las naciones -, replantean nuevamente el papel del Estado en sus soluciones.

Ante la subsistencia de los problemas sociales que dieron origen al Estado de Bienestar (pobreza, desigual distribución de la riqueza, inequidad), y su agravamiento, se impone la idea de la libre acción de los mercados, como solución a la ineficacia del gobierno en la instrumentación de medidas de política social.

3.1.2. El Nuevo Orden Económico Mundial.

El descenso o estancamiento de la tasa de ganancia en las economías altamente desarrolladas constituyó un detonante importante para que la sociedad capitalista buscara nuevas formas de organización.

Muchos autores ubican como comienzo de esta situación los años de 1967 a 1970; los capitalistas observan como el nivel de ganancia no va a volver a tener los índices sostenidos y elevados que presentó, sobre todo en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial y en la década de los cincuenta.

¹⁰⁸ MUÑOZ De Bustillo, R. (comp.) "Crisis y futuro del Estado de Bienestar", Madrid, Alianza Editorial, 1989

En 1973 se produce la segunda crisis cíclica del capitalismo del siglo XX¹⁰⁹. Se culpó a la OPEP y al aumento de los precios del petróleo de la misma. Esta crisis produce una recesión del sistema capitalista caracterizada por:

- Bajas tasas de crecimiento (estancamiento y hasta retroceso en el crecimiento de las economías capitalistas), y altas tasas de inflación.
- A este fenómeno los economistas lo denominaron ESTAN-FLACIÓN. Es decir, estancamiento económico con inflación.

Desde entonces se habla de crisis, magnificándola y endosándosela, en lo posible, a las economías periféricas¹¹⁰. El orden económico internacional establecido al término de la Segunda Guerra Mundial, con Estados Unidos a la cabeza y suscrito en los tratados de Bretón Woods y Yalta en 1945, está ya superado, es más representa el pasado histórico inmediato.

Sobre el particular, Pedro Paz en su trabajo "La Crisis Actual del Capitalismo y la Crisis Monetaria Internacional" señala: "*Crisis de las relaciones económicas internacionales (REI)*". Junto con la crisis de las economías de los países capitalistas, las REI están sometidas a síntomas evidentes de una situación de crisis que no admite ajustes parciales, sino que sugiere la necesidad de grandes cambios de poder para alcanzar un nuevo orden económico internacional (NOEI). El orden internacional establecido al finalizar la segunda guerra mundial ha dejado de operar en los términos originalmente diseñados, y la inestabilidad y el desorden parecen ser los signos de estos tiempos. En efecto, la crisis de las REI se manifiesta en profundas modificaciones de las corrientes de comercio y de los flujos de capital a nivel internacional; en la quiebra del sistema monetario internacional surgido en Bretón Woods; en la desconfianza y continuas transgresiones a las reglas de juego formuladas por el viejo orden económico internacional...".

En el perfil del nuevo orden económico internacional son tres las potencias líderes que dependen en igual medida del comercio exterior y de los flujos financieros: Japón, Estados Unidos y la Comunidad Europea, representando a las tres grandes zonas económicas más desarrolladas actualmente, dado el fenómeno de globalización de la economía.

*"Dos rasgos esenciales caracterizan al actual sistema financiero mundial: el primero es la flexibilidad de las tasas de cambio y de interés y la tripolaridad monetaria en un patrón de cambio, que refleja mucho los alineamientos de las economías de los bloques en formación respecto a los respectivos países líderes y, el segundo, la economía y el comercio del dinero"*¹¹¹

Grandes son los cambios que se han producido en el capitalismo presente de fines del siglo XX:

Primeramente nos encontramos con desarrollos productivos que a través de nuevas tecnologías de proceso y de producto pasaron de la fábrica local a la transnacional y luego a al mundial. Existen nuevas formas de organización industrial y comercial tales como la subcontratación, el comercio intrafirma y la informatización del proceso global de producción que provocan día con día la especialización de la ya especializada producción convirtiendo a los procesos productivos capitalistas de locales o nacionales a mundiales.

El concepto de mercado físico se ha transformado en redes de intercambio, las cuales son resultado de interconexión de mercados y de avances velocísimos en las telecomunicaciones, microelectrónica e informática.

¹⁰⁹ Recordemos que la primera crisis mundial fue la de 1929.

¹¹⁰ LOPEZ, Pedro (Coordinador) (1984). "La crisis del Capitalismo/Teoría y Práctica". Ed. Siglo Veintiuno. México.

¹¹¹ VILLARREAL, René (1993). "Liberalismo Social y Reforma de Estado". Ed. Nacional Financiera, Fondo de Cultura Económica. México.

Otro cambio estructural significativo es que el mercado internacional pasa gradualmente de la competencia oligopolística a la integración de uniones estratégicas oligopolísticas. Las alianzas entre grandes firmas ya no se reducen a simples acuerdos sobre precios sino se relevan como coinversiones, fusiones, proyectos tecnológicos, investigaciones comunes, estrategias mercadotécnicas globales, etc. Con ello, grupos "enemigos" comercialmente que antaño dividían sus fuerzas ahora se unen para consolidar su dominio, a través de su creciente participación en el mercado.

La interacción entre empresas/capitales desplaza al comercio entre naciones impulsando la creación de bloques regionales poderosos para poder hacer frente a los nuevos retos económicos. Es importante resaltar que lo anterior está ligado a un cambio sutil y muy poderoso entre la economía y el comercio del valor que va predominando sobre la economía y el comercio del volumen.

Una tercera transformación financiera mundial ocurre precisamente en el sistema financiero internacional. En el pasado inmediato éste se fundamentaba en tasas fijas; hoy, las tasas de interés son flotantes y el comportamiento de los mercados de dinero no refleja confiablemente la competitividad productiva real de cada país. El dinero en sí, que surgió como medio de intercambio o depósito de valor ha pasado a ser una mercancía que se comercia internacionalmente, lo que ha generado una economía y comercio expresos de éste, provocando una separación de la actividad económica real de cada país. Ello contribuye a que los procesos económicos sean aún más impredecibles.

Una de las causas fundamentales de la situación expuesta es la presencia de una acelerada Revolución Tecnológica a nivel industrial.

Los campos de la informática, la microelectrónica, la biotecnología, las telecomunicaciones y los nuevos materiales e instrumentos presentan tal innovación tecnológica que transforman con su desarrollo el panorama económico mundial, orillando a la globalización de la industria, el comercio, las finanzas y los servicios en el capitalismo de los 90's.

En cuanto a la división clásica entre industria, servicios y agricultura, ésta se ha visto modificada; surgen nuevas habilidades y categorías laborales propias de los campos que abarca la Revolución Tecnológica citada.

Se acabó el capitalismo con un solo centro económico a la cabeza; hoy es policéntrico y a su vez acusa gran división de procesos productivos, industriales y comerciales. Esto último genera también otra variante respecto al modelo capitalista próximo pasado, ya que actualmente ya no existe la clásica separación entre centro y periferia industrial.

En síntesis, con los cambios y las tendencias del sistema económico mundial en el capitalismo posmoderno ya no hay economías ni empresas nacionales, propiamente dichas, y las concepciones de desarrollo y crecimiento se ven replanteadas por el funcionamiento de los mercados globales. Se desarrollan nuevas relaciones entre actores que en suma exigen nuevos enfoques de política económica tanto en la macroeconomía como en la microeconomía.

3.2. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Como consecuencia y parte de los cambios surgidos en la economía mundial, los Sistemas de salud están enfrentando la tarea de modernización. En los sitios más dispares del planeta se están cuestionando las instituciones y se desarrollan nuevas formas de organización y de financiamiento. Los sistemas de salud se replantean los mecanismos institucionales en búsqueda de formas que permitan cumplir con los objetivos a que aspira la población, de la manera más eficiente posible. Estos procesos comenzaron tiempo atrás, en los países más desarrollados, cuando se hizo evidente que, en términos financieros, se hacía cada vez más difícil cumplir con las necesidades de la población en materia de salud.¹¹²

¹¹² INFANTE, Alberto/DE LA MATA, Isabel/LOPEZ Acuña Daniel. (2000). "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*.

Numerosos factores habían comenzado a ejercer presiones extraordinarias al sistema, que tendían a una elevación ilimitada de los costos. Esta situación empezaba a constituirse en un problema económico de grandes magnitudes, que tendía a amenazar la competitividad de casi todas las economías del mundo.

Como resultado de lo anterior, tanto países pobres como ricos se encuentran hoy en el proceso de reformar sus sistemas de salud. En algunos países, las reformas introducen niveles diversos de competencia en estructuras públicas excesivamente centralizadas y burocratizadas, que han perdido contacto con el verdadero propósito del sistema, que es su orientación a la gente. En otros, sucede lo contrario: el Estado asume una mayor ingerencia en el sistema, mediante el control del financiamiento, con la finalidad de hacer el sistema universal y más equitativo.

Gran Bretaña, por ejemplo, es uno de los países que ha profundizado más su reforma. Su sistema de salud era y sigue siendo eminentemente público, porque es el Estado quien controla el financiamiento. A fin de incrementar la eficiencia del sistema y detener la escalada de los costos, ha creado los llamados "mercados internos", donde los hospitales públicos autónomos compiten entre sí por los recursos estatales. Además, también participan en este cuasi-mercado los médicos generales, que reciben financiamiento estatal para atender una población asignada.

En Canadá, la reforma ha transformado un sistema de salud privado, en uno fundamentalmente público. Aunque los hospitales y centros de salud siguen estando en manos privadas – con o sin fines de lucro – el financiamiento estatal decide a quién atender y con qué servicios. De esta manera, se garantiza la equidad del sistema a un punto tal, que las encuestas de satisfacción de usuarios levantadas en diversos países muestran que los canadienses son los que están más conformes con los servicios que reciben.

En Estados Unidos el gasto en salud por persona es el más alto del mundo, hasta el punto de que se está haciendo inviable desde el punto de vista macroeconómico. Se trata posiblemente del sistema de salud más abierto que existe, es decir, donde el financiamiento es fundamentalmente privado. Esta situación, además de aumentar los costos de manera indeseable, se traduce en un sistema altamente injusto: el país más rico del mundo permite que alrededor de cuarenta millones de personas no tengan acceso al sistema de salud.

Paradójicamente, algunos de los principales logros de la sociedad moderna – como la institucionalización de los valores democráticos, la longevidad humana y el desarrollo científico y tecnológico – tienen también su lado oscuro (o su "sombra", para utilizar una expresión de la psicología). En el reverso de la moneda se hallan las limitantes que impone la "ciencia lúgubre", que se encarga de sopesar alternativas viables para asignar recursos escasos, frente a las aspiraciones -- legítimas y a la vez ilimitadas -- de la gente.

3.2.1. Presiones al sistema de salud

Posiblemente la primera y más importante de las presiones al sistema de salud proviene del triunfo de los valores democráticos que consagran la salud como un derecho de todos. De esta manera, los esfuerzos por universalizar la cobertura del sistema de salud con mayores y mejores beneficios, resultan en la necesidad inevitable de aumentar las asignaciones presupuestarias.

Otra de las presiones fundamentales al sistema de salud resulta del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos, que sucede a medida que aumenta el desarrollo económico y social. Esto se traduce en un aumento en la esperanza de vida de la gente y, por lo tanto, en un envejecimiento progresivo de la población, lo que implica costos superiores, porque la atención de las personas ancianas es más compleja y mucho más costosa, y porque al disminuir la importancia de las enfermedades infectocontagiosas, aumenta la prioridad de intervenciones más complicadas que implican gastos mayores.

Otra presión importante para la elevación de los costos viene de parte de la industria farmacéutica – dominada por compañías multinacionales – y, en general, de los adelantos científicos que se traducen en nuevos productos y nuevas técnicas de tratamiento y de diagnóstico. En efecto, las innovaciones tecnológicas se producen a velocidad vertiginosa, a lo que se agrega la influencia de la publicidad y la facilidad de acceso a la información por parte de los médicos, sobre todo, lo que presiona adicionalmente al sistema de salud ocasionando nuevos y mayores costos.

La contaminación de aire, tierra y agua, la deforestación con el agotamiento en las fuentes de agua y los procesos de desertificación, la destrucción de la capa de ozono, traen consecuencias sobre los sistemas de salud y generan necesidades de investigación, lo que también ocasiona fuertes presiones y consecuentemente elevación de costos.

3.2.2. La Reforma del Sector Salud: Primera Etapa

En el capítulo anterior se reseñó brevemente la evolución de los sistemas de salud a través de la historia, y en primer apartado del presente, establecimos la importancia del vínculo que existe entre el accionar de los Estados y la propia situación de los Sistemas de salud, retomando ambas partes podemos establecer que los objetivos impuestos por el liberalismo moderno y el capitalismo, entraron en decadencia durante el periodo entre guerras del siglo pasado y aunque las aportaciones hechas particularmente por Keynes fueron fundamentales, en la época de postguerra - en donde el Estado mediaba en los procesos económicos y establecía una legislación laboral y social, cuyas pretensiones fueron beneficiar a todos los segmentos de la población – el Keynesianismo llega a sus límites hacia la década de 1970, cuando las crisis económicas parecían ser el común denominador en todos los sistemas.

Frente a la crisis económica mundial aparece el neoliberalismo como ideología para salvar la política económica con énfasis en la libre oferta y demanda de los bienes y servicios, con una fuerte reducción de los papeles del Estado como regulador de los factores de producción (capital, tierra, trabajo y organización), y con estrategias claras de privatización de las empresas desarrolladas en los periodos anteriores de proteccionismo estatal.

En este orden de ideas los países, y muy especialmente los denominados en "Vías de Desarrollo y/o Subdesarrollados", supeditan sus procesos de desarrollo a las directrices de la banca mundial, las transnacionales y los grupos financieros que manejan realmente el poder.

Los Programas de Ajuste Estructural, PAEs, popularmente conocidos como "paquetes económicos", han sido y son el mecanismo a través del cual se ha realizado el desmantelamiento Estado.

Todos los "PAEs" aplicados (particularmente en América Latina y el Caribe) tienen el mismo contenido, es decir, contienen esencialmente las mismas políticas y propuestas. La diferencia fundamental es: la gradualidad o la rapidez (shock).

Las políticas contenidas en los Planes o Programas de Ajuste Estructural son las siguientes¹¹³:

1. Reforma del Estado. (La tesis del "Achicamiento" o Estado Mínimo).
2. Privatización de Empresas y Servicios Públicos.
3. Desregulación (liberación) de las Economías.
4. Eliminación o disminución de las Políticas Sociales y Privatización de la Seguridad Social.
5. Flexibilización de las leyes laborales y sociales y de las condiciones de trabajo (tercerización).
6. Nuevas Políticas Fiscales y Tributarias.
7. Nuevas Políticas Monetarias y Financieras.
8. Apertura económica (Inserción en el proceso de globalización)

¹¹³ RICO Velasco Jesús. (1997). "Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud Para todos". Ed. Colombia Médica.

9. Modernización (Reconversión) de los Aparatos Productivos Nacionales.
10. Integración económica en base a la firma de Convenios o Tratados de Libre Comercio, por ejemplo TLC: USA/MÉXICO/CANADÁ.
11. Nuevo Sistema Educativo basado en el "código de la modernidad".

El papel del Estado es reducido y su intervención apunta hacia la administración de justicia, el manejo de la fuerza con sus ejércitos y policías para garantizar la seguridad de los ciudadanos y proteger los capitales de los inversionistas.

Paralelamente a estos movimientos neoliberales aparece en el escenario, a finales de la década de 1970 la declaración de los acercamientos en salud que por años se venían practicando en muchos países. "La Declaración de Alma-Ata, 1978 Salud para Todos", la cual proclamaba la salud como "derecho humano fundamental", reconociendo la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los subdesarrollados, apelando a su vez al desarrollo económico y social en el nuevo orden económico mundial, y estableciendo el derecho del pueblo y el deber de participar individual y colectivamente en los procesos de prestación de servicios de salud, estableciendo la importante necesidad de alcanzar la salud para todos los pueblos hacia el año 2000, y definiendo la estrategia de la atención primaria como el mecanismo para llegar a la gente con servicios de salud.

La Conferencia de Alma-Ata definió la atención primaria como la *"asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."*¹¹⁴

La atención primaria incluye por lo menos ocho elementos básicos: educación en salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil que incluye servicios de planificación familiar, disponibilidad de drogas básicas para la atención, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental, principalmente suministro de agua potable. La atención primaria quedó sostenida sobre cuatro pilares básicos que se resumían en desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social. Los principios de igualdad, equidad, calidad, suficiencia y pertinencia social enmarcaron todas las declaraciones internacionales de Salud para Todos.

Después de la Declaración de Alma-Ata y por lo menos durante los cinco años siguientes, se produce uno de los marcos conceptuales más extraordinarios para operacionalizar la estrategia de "Salud Para Todos en el Año 2000"; se definieron los indicadores para la evaluación de progreso, los procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud, las normas fundamentales para la evaluación, y se formularon los planes de acción para aplicar las reformas y estrategia de salud para todos.

✓ *Principales puntos de las reformas de salud*

¹¹⁴ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos, Ginebra, 1978.

Los puntos esenciales de la mayor parte de las reformas de salud que se están llevando a cabo en el mundo, pueden sintetizarse como sigue¹¹⁵:

- Las funciones de rectoría y financiamiento del sistema se ejercen de manera separada e independiente de la función de prestación de los servicios. Esto significa deslindar y hacer más transparentes las funciones: el ente rector deja de ser "juez y parte". Dispensado de su agobiante papel de prestador, puede disponer de la energía necesaria para dirigir, planificar, trazar pautas y políticas y supervisar su cumplimiento.
- Como corolario de lo anterior, los prestadores de servicios pueden ser públicos o privados y, estos últimos, con o sin fines de lucro, como es en la actualidad. En el caso de los hospitales y centros de salud pertenecientes al sector público, el punto fundamental es que se manejan de manera autónoma -- vale decir, descentralizada -- y su financiamiento depende de la eficiencia y la calidad de los servicios. Ni la autonomía hospitalaria ni la descentralización regional significan privatización, como tampoco lo significa una mayor participación de las comunidades en la prestación de los servicios o el apoyo a los servicios públicos, ni la creación de patronatos en éstos últimos, ni el fortalecimiento de los niveles de gobierno local.
- La asignación de recursos se racionaliza, mediante la adopción de un paquete de prestaciones con niveles adecuados de costo-efectividad. Esta última expresión significa que las prioridades de gasto deben ser decididas en base a las necesidades reales de la población y que la forma de atender los problemas de salud es la que puede solucionarlos realmente, al menor costo.
- Se hace un uso más eficiente del subsidio estatal, dirigiéndolo a la demanda en lugar de a la oferta. En vez de financiar los establecimientos públicos de salud en virtud de presupuestos históricos -- desvinculados de sus resultados, cumplan o no cumplan con los servicios -- se entrega los subsidios a la gente, para que ésta, a su vez, decida en qué servicio atenderse.

De esta manera, el "dinero sigue al usuario", quien adquiere así un poder de decisión que no tenía en el pasado.

- Esto significa que los incentivos que reciben los proveedores en el nuevo sistema están vinculados a su productividad: cuanto mayor y mejor sea el servicio que prestan, mayores serán sus ingresos monetarios. Esto no significa tampoco la privatización, porque no cambia la propiedad del patrimonio público, sino su forma de administración. Para el personal médico que labora en los servicios públicos, estos cambios pueden significar premio al trabajo, al estudio y a la dedicación.
- Como consecuencia de lo anterior, el sistema se orienta al o la usuaria, y los servicios tienden a elevar su calidad, procurando satisfacerla. Es de esperarse que la mejoría en la calidad implique también una mejoría en la calidez, es decir, un tratamiento más humanizado a los pacientes.
- Se fomenta una mayor participación de la sociedad civil organizada, en ámbitos más amplios de la organización social: en la defensa de los derechos de las y los usuarios; en las tareas de promoción y prevención de la salud; en la gestión y el apoyo de las redes de servicios públicos descentralizados; en la provisión de servicios con financiamiento estatal; en el aglutinamiento de la población sin capacidad contributiva; y otros.

En las últimas décadas se han incrementado los procesos de reforma con el propósito de aumentar la equidad de beneficios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de la prestación de los servicios de salud por medio de diversos organismos (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, USAID). Además de los

¹¹⁵ BANCO Mundial (1987). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma". Bol. Of. Sanit Panam.; No. 103

anteriores, las reformas también están planteando objetivos que se centran en la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y la satisfacción de los usuarios.

3.2.3. Los Organismos Internacionales y su papel en el proceso de Reforma: Segunda Etapa

En la reunión de Riga (URSS) celebrada en marzo de 1988, donde se analizaron las perspectivas a medio camino de la salud para todos y la estrategia de atención primaria, se encontró que si bien era cierto que se habían logrado ganancias significativas en términos de control de la mortalidad y las enfermedades especialmente materno infantil en varios países, el beneficio no era uniforme entre países y al interior de muchos. Algunos indicadores asociados con la salud eran inaceptables como el aumento en las tasas de analfabetismo en los países en desarrollo y el aumento en el número de personas que viven en la más absoluta pobreza.

Igualmente se señaló que existían algunos factores que estancaban el desarrollo: la escasez de recursos, la debilidad de las infraestructuras y las limitaciones en la capacidad de gestión. Se reconoció que existían "nuevas fuerzas en juego y una impetuosa corriente que tira en sentido inverso".¹¹⁶

Poco tiempo después, la reunión de expertos realizada en New Orleans en 1990 reconoció la presencia de una crisis en la salud pública de casi todos los países de la región de las Américas y otros de Europa frente a la "incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren."¹¹⁷

En efecto, la década de 1980 había mostrado el resurgimiento de espectros epidemiológicos que se creían controlados como la malaria, el cólera, la tuberculosis y otras endemias que estaban a punto de ser erradicadas del planeta. Hicieron aparición enfermedades como el SIDA, diferentes clases de virus y otras aún no bien identificadas.

Por otra parte, se ha presentado un aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia con características de "cultura" en sus diferentes manifestaciones de homicidios, suicidios, y la violencia intrafamiliar. Asimismo se encontró alza progresiva en los accidentes de tránsito, los ocupacionales y, por supuesto, un franco deterioro del ambiente.

Ante estas circunstancias los expertos reconocieron que la crisis en la salud pública tocaba todos sus componentes¹¹⁸: La salud pública como ciencia y como arte se apartaba del progreso que debería haber alcanzado. Aunque el estado de salud de algunas poblaciones había mejorado en los promedios, como se observa en los aumentos importantes en la esperanza de vida de las poblaciones y en el descenso de la mortalidad que se manifiesta claramente en los cambios cuantitativos y cualitativos de la mortalidad materno-infantil¹¹⁹, los diferenciales entre las regiones y el interior de los países eran cada vez mayores.

Consecuentemente, los principales organismos involucrados en el proceso de Reforma del sector salud, tuvieron que redefinir sus posturas a efecto de establecer nuevas líneas de acción a fin de continuar en el camino iniciado, analicemos las principales argumentaciones, objetivos y estrategias planteadas, así como la injerencia directa de ciertos organismos en el proceso:

3.2.3.1. Banco Mundial

¹¹⁶ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (1991). "De Alma-Ata al Año 2000". Ginebra.

¹¹⁷ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (1992). "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate". Washington D. C.

¹¹⁸ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (1993). "Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas". Washington D.C.

¹¹⁹ BANCO Mundial. (1993). "Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud". Washington D.C.

En 1987, el Banco Mundial presenta una "Agenda para la Reforma" en el "Informe sobre el financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo"¹²⁰, a partir de una serie de problemas que logra identificar en los servicios de salud, entre ellos: gastos insuficientes en acciones relacionadas con la salud que resulten ineficaces en función de los costos, ineficiencia interna de los programas públicos, desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud, grandes presiones sobre los sistemas de salud sin posibilidades de aumentar el gasto público en salud e incapacidad de los prestadores para proporcionar tipos básicos de servicios.

En la Agenda se propone, en consecuencia, restringir el gasto público en salud solo a servicios con beneficio para toda la población, en ese sentido la atención curativa debe ser pagada por quien la recibe y los recursos estatales solo se destinarán para los llamados "bienes públicos". Destaca como causa fundamental del desfase el empeño del gobierno en sufragar todos los costos en la vía de una atención universal a la salud con los recursos fiscales. Las políticas que se presentan en la "Agenda para la reforma" son de ese tenor: cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud, provisión de seguros, protección frente a riesgos, descentralización de los servicios y empleo de recursos no gubernamentales.

Este documento provocó severas críticas¹²¹ debido a su planteamiento neoliberal ortodoxo y su nula sensibilidad ante el deterioro social y la conflictividad política que han acompañado los procesos de ajuste.

Posteriormente surge la política de salud propuesta por el mismo organismo (BM) en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*¹²², que obedece a varios objetivos. El primero es compatibilizarla con la doctrina neoliberal que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública. El segundo es adecuar esta política a las prioridades del ajuste fiscal lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud. Estos dos objetivos guiaron la primera propuesta planteada por el BM.

Aunque *Invertir en Salud* sigue sustentado sobre la misma concepción básica, algunos de los aspectos más criticados del anterior documento han sido corregidos y los planteamientos se han ampliado. Este viraje relativo expresa una creciente preocupación por los efectos políticos y sociales del proyecto neoliberal ya que amenazan con inviabilizarlo. Así, otro de los objetivos del documento que nos ocupa, es delinear medidas para amortiguar los costos sociales y políticos del ajuste. Parte de este esfuerzo consiste en construir un discurso social centrado en el combate a la pobreza, inaugurado en el Informe del BM de 1994. En esta dirección se retoma la consigna del *Ajuste con Rostro Humano* de la UNICEF¹²³ y la recomendación de la 39ª Asamblea Mundial de la Salud (1986) de considerar la salud y la nutrición en los programas de ajuste. Por otra parte, llama la atención que el Informe de 1993 está consensuado con los principales organismos y agencias nacionales e internacionales de desarrollo. Finalmente es de notar que pone particular énfasis en dos actores sociales emergentes que son las organizaciones de mujeres y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG'S).

La primera premisa subyacente al documento es que la salud pertenece al ámbito privado. Por tanto, el Estado-gobierno sólo debe ocuparse de los problemas de salud cuando los privados no quieren o pueden resolverlos. A esta premisa se añade otra que se resume en que el sector público es ineficiente y frecuentemente inequitativo - debido a las diferencias de poder de presión sobre el gobierno de los distintos grupos -, mientras que el sector privado es eficiente y más equitativo ya que obedece a la competencia y elección libres en el mercado.

La tercera premisa, presentada como realista y pragmática, es que los recursos públicos para salud son y seguirán siendo escasos.

¹²⁰ AKIN J., (1987). "Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform", World Bank, Washington D.C.

¹²¹ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (1989) Economía de la salud, OPS, Washington D.C.

¹²² Op. Cit. 120

¹²³ CORNIA G., Jolly J. Stewart F., (1987). "Adjustment with a Human Face", Clarendon, Oxford,

A partir de estas premisas se propone una nueva distribución de responsabilidades respecto a la salud entre el Estado-gobierno y los privados. En este planteamiento sólo le corresponde al gobierno hacerse cargo de¹²⁴:

- ✓ La producción de los *bienes públicos* en sentido restrictivo;
- ✓ Algunas acciones dirigidas al individuo con grandes externalidades, o sea, que implican beneficios colectivos más allá del individuo atendido;
- ✓ Medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado;
- ✓ Algunas acciones con alto rendimiento de costo-beneficio para aliviar la pobreza crítica.

Así, la definición utilizada de *bienes públicos* se basa en los criterios de no exclusividad –todos se benefician- y no rivalidad –su uso por alguien no excluye su uso por otros- Bajo esta definición restrictiva sólo entran en este grupo medidas como el combate contra vectores o la contaminación, cierta información, etc. La razón por la cual el gobierno debe hacerse cargo de ellas es que los privados no tienen interés en producirlos ya que no suelen venderse como mercancías.

En la propuesta del BM la inclusión entre las responsabilidades del gobierno de medidas con grandes externalidades, como la aplicación de algunas vacunas o el tratamiento de enfermedades muy contagiosas, se justifica porque se asemejan a los llamados bienes públicos. Por otra parte, en esta visión las medidas regulatorias y de información son legítimas si no interfieren con el ejercicio de la libertad en el mercado y están encaminadas a compensar algunas de sus conocidas imperfecciones. Las medidas selectivas y eficientes para aliviar la pobreza crítica, finalmente, estarían justificadas porque los privados-pobres no pueden comprarlas en el mercado por lo que a los proveedores privados no les interesa producir las. Resulta, entonces, un imperativo social mínimo financiarlas con recursos públicos.

La conclusión práctica de este razonamiento doctrinal es que el gobierno sólo debe hacerse cargo de algunas acciones de salud pública y un paquete de servicios esenciales no discrecionales.

En concordancia con las premisas de que la salud pertenece al ámbito privado y que la atención a la salud es un bien privado, la propuesta del BM asigna un papel de primer orden a los agentes privados. Incluye entre ellos a tres actores con carácter muy diferente, a saber, la persona y su familia, las instituciones u organismos privados no lucrativos y los privados que operan en el mercado con fines de lucro. El principal responsable de la salud es, por tanto, el individuo y el grupo familiar que deben adaptar una conducta saludable y resolver sus enfermedades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado.

Dentro de la familia se resalta la importancia de las mujeres en el cuidado de la salud y varias de las propuestas explícitas del Informe están dirigidas a ellas. En resumen, la finalidad de estas propuestas es fortalecer la capacidad de la familia –léase la mujer-, particularmente de los sectores pobres, de hacerse cargo de una serie de tareas de salud sustituyendo o descargando al sector público.

El papel asignado a los organismos privados no lucrativos concierne también a la población de bajos recursos que no pueden acudir al mercado para atender sus problemas de salud. Se resalta particularmente la labor de las ONG'S y se propone incluso, que es conveniente encargarles algunas de las tareas gubernamentales y apoyarlas financieramente. El argumento usado para sustentar tal propuesta es que tienden a ser más eficientes que las instituciones públicas.

Según la propuesta del BM el grueso de la asistencia clínica, los llamados *servicios discrecionales*, deben manejarse con criterios mercantiles y quedar en manos de los privados que operan bajo la lógica del mercado. Se reconoce que este planteamiento sólo es factible si se instrumentan mecanismos de financiamiento que garanticen la capacidad de pago de los clientes, o sea, una demanda efectiva y un mercado estable. Con ello el BM introduce a las aseguradoras como un agente central en el campo de la salud junto a los prestadores privados del servicio médico. Dedicar una parte importante de sus

¹²⁴ Op.Cit. 123

propuestas a formas de articulación entre financiamiento y producción de servicios privados y recomienda como medida central la promoción de la competencia y la diversidad.

La justificación explícita para transferir el financiamiento y/o la prestación de los servicios clínicos al sector privado se sustenta en tres argumentos, a saber, la pobreza del estado, la ineficiencia del sector público y la inequidad en el acceso a sus servicios¹²⁵.

3.2.3.2. Organización Mundial de la Salud

En 1946, la Constitución de la OMS otorgó el primer reconocimiento internacional de carácter oficial del derecho a la salud. Entonces quedó establecido que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"

El principio enarbolado por la OMS reviste especial importancia porque fue la primera vez que los Estados reconocieron el derecho que tienen las personas de poseer el grado más alto de salud, bajo los parámetros de universalidad, sin discriminación de ningún tipo, asegurando el acceso y el disfrute equitativo

La OMS mantiene un papel preponderante en la promoción y protección del derecho a la salud y sus intervenciones pueden tener una clara repercusión en la actuación de los Estados y gobiernos. Como organismo especializado de Naciones Unidas, tiene entre sus atribuciones: brindar ayuda a los gobiernos para fortalecer sus servicios de salubridad; proporcionar ayuda técnica; suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud y contribuir a crear, en todos los pueblos, una opinión pública bien informada en asuntos de salud.

Dentro de las aportaciones más importantes en materia de evaluación e instrumentación de las reformas del SS, se encuentra su informe mundial, mismo del que destacaremos los puntos más relevantes a continuación.

⇒ *Informe mundial de la OMS 2000 (Mejorar el desempeño de los sistemas de salud)*

La Organización Mundial de la Salud llevo a cabo el primer análisis de su tipo sobre el conjunto de sistemas de salud del mundo. Mediante la utilización de cinco indicadores de desempeño para medir los sistemas de salud en 191 estados miembros, ha encontrado que Francia proporciona la mejor atención, seguida, entre otros países, por Italia, Omán, Austria y Japón.

En comparación con los demás países, el sistema de salud de los EE.UU. es el que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto, pero se ubica, según su desempeño, en el lugar 37 de 191 países.

El Reino Unido, que gasta sólo el 6% del PBI en servicios de salud, se ubica en el lugar 18. Diversos países pequeños -San Marino, Andorra, Malta y Singapur- se encuentran cercanos a Italia, país que quedó ubicado en segundo lugar.

El informe continúa afirmando que el efecto de las fallas en los sistemas de salud es más grave en los pobres, a quienes se sume en una mayor pobreza por falta de protección financiera contra la enfermedad. "A los pobres se les trata con menos respeto, se les ofrecen menos opciones de prestadores de servicios y comodidades de menor calidad", se asegura: "Al tratar de comprar salud con lo que pueda salir de sus bolsillos, terminan pagando sólo para volverse más pobres".

El informe sobre la Salud Mundial menciona que las fallas de muchos sistemas de salud son:

¹²⁵ volveremos a estos argumentos más adelante.

Muchos ministerios de salud se centran en el sector público y con frecuencia pasan por alto la atención a la salud en el sector privado, con frecuencia de mucho mayor tamaño. En muchos países, algunos médicos, si no es que la mayoría, trabajan simultáneamente para el sector público y en la práctica privada. Esto significa que el sector público termina subsidiando la práctica privada no oficial.

Muchos gobiernos fracasan en evitar un "mercado negro" en salud en el que la corrupción generalizada, el soborno, el "ejercicio indebido de dos empleos" y otras prácticas ilegales florecen. Los mercados negros, que en sí son resultado del mal funcionamiento de los sistemas de salud y de los bajos ingresos del personal de salud, debilitan aún más dichos sistemas.

Muchos ministerios de salud no logran hacer cumplir las regulaciones que ellos mismos han creado o que se supone deben hacer valer en beneficio del interés público.

La OMS considera que es mejor efectuar, tanto como sea posible, "pre-pagos" por concepto de atención a la salud, ya sea en forma de seguros, impuestos o seguridad social. Mientras que el promedio del gasto privado en salud en los países industriales es sólo de cerca del 25 por ciento en razón de la cobertura universal de la salud (excepto en los Estados Unidos, donde es del 56%), en la India, el 80 por ciento de los costos de atención a la salud de las familias son cubiertos en forma de gastos de bolsillo en el momento de recibir la atención. Con lo que se constata que en muchos países, los pobres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos en atención a la salud que los ricos".

Al diseñar el marco de referencia para el desempeño del sistema de salud, la OMS ha labrado un nuevo terreno metodológico al usar una técnica nunca antes empleada para los sistemas de salud. Esta compara el sistema de cada país contra lo que los expertos estiman como el límite superior de lo que puede lograrse con el nivel de recursos disponibles en ese país; también mide los avances del sistema de cada nación en comparación con los de otros países.

El sistema de evaluación de la OMS se basó en cinco indicadores: nivel global de salud de la población; desigualdades (o disparidades) dentro de la población; nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema); distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre qué tan bien son atendidos por el sistema de salud); y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos, encontrándose los siguientes resultados:

- ✓ *Capacidad de respuesta:* Las naciones que cuentan con los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta son los Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca, Alemania, Japón, Canadá, Noruega, los Países Bajos y Suecia. La razón por la que todas estas son naciones industriales avanzadas es porque varios de los elementos que forman parte de la capacidad de respuesta dependen en gran medida de la disponibilidad de recursos. Además, muchos de estos países fueron los primeros que empezaron a adecuar la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud a las necesidades de las personas.
- ✓ *Justicia de la contribución financiera:* Los países se ubicaron de manera diferente en la lista. La medición se basa en la fracción de la capacidad de gasto de un hogar (ingreso menos gastos de alimentación) que se destina a la atención a la salud (incluyendo pago de impuestos, seguridad social, seguros privados y pagos de bolsillo). De acuerdo con ello, Colombia fue el país que se colocó a la cabeza en esta categoría, seguido por Luxemburgo, Bélgica, Djibouti, Dinamarca, Irlanda, Alemania, Noruega, Japón y Finlandia.

Colombia ocupó el primer lugar porque, en ese país, alguien con un ingreso bajo puede gastar el equivalente de un dólar al año en atención a la salud, mientras que un individuo con ingresos altos gasta 7.6 dólares. Los países con financiamiento menos justo de su sistema de salud son Sierra Leona, Myanmar, Brasil, China, Vietnam, Nepal, la Federación Rusa, Perú y Camboya.

Brasil, una nación de ingreso medio, se ubica en los últimos lugares de este cuadro en razón de los elevados gastos de bolsillo que la población destina para cubrir la atención sanitaria. El mismo razonamiento es válido para el caso peruano. En el caso de la Federación Rusa, la crisis económica de los '90 se ha traducido en una reducción severa del gasto gubernamental en salud y condujo a un incremento de los gastos de bolsillo. En materia de justicia en el financiamiento, en América del Norte, Canadá quedó en primer puesto, lugar que ocupa Cuba entre las naciones latinoamericanas y del Caribe.

- ✓ *Nivel Global de Salud:* Para evaluar la salud general de la población y poder así juzgar qué tanto se está logrando el objetivo de una buena salud, la OMS escogió la medida de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD, o DALE por sus siglas en inglés). Tiene la ventaja de ser directamente comparable con la esperanza de vida y puede cotejarse fácilmente entre las poblaciones. El Informe presenta estimaciones de esperanza de vida ajustada por discapacidad para todos los países. Se estima que EVAD es igual o mayor de 70 años en 24 países, y de 60 años en más de la mitad de los estados miembros de la OMS. En el otro extremo se encuentran 32 países en los que se estima que la esperanza de vida ajustada por discapacidad es menor a 40 años. Muchos de estos países se caracterizan por la presencia de grandes epidemias de VIH/Sida, entre otras causas.
- ✓ *Distribución de la Salud en las Poblaciones:* Según el Informe, no basta con proteger o mejorar la salud promedio de una población si, al mismo tiempo, la desigualdad se exagera o se mantiene elevada porque los logros obtenidos benefician de manera desproporcionada a aquellos que ya gozan de una mejor salud.
- ✓ *Capacidad de Respuesta:* La capacidad de respuesta incluye dos componentes básicos. Estos son (a) respeto por las personas (incluyendo la dignidad, el derecho a la confidencialidad y la autonomía de los individuos y las familias para decidir acerca de su propia salud, y (b) la orientación al cliente (incluyendo una atención expedita, el acceso a redes de apoyo social durante la atención, la calidad de las comodidades básicas y la elección del proveedor).
- ✓ *Distribución del Financiamiento:* Existen buenas y malas maneras de captar los recursos necesarios para un sistema de salud, pero éstas serán mejores o peores fundamentalmente en la medida que afecten la justicia con que la carga financiera es compartida. El financiamiento justo, como su nombre lo sugiere, tiene que ver únicamente con la distribución. No se relaciona con el monto total de los recursos, ni con la forma en que los fondos se utilicen. Los objetivos del sistema de salud no incluyen ningún nivel particular de gasto total, ya sea en términos absolutos o relativos al ingreso. Esto se explica porque, en todos los niveles de gasto, siempre existen otros usos posibles para los recursos dedicados a la salud. El nivel de financiamiento que es asignado al sistema de salud es una elección social que no cuenta con una respuesta correcta única. Sin embargo, el Informe sugiere que los países que gastan en salud menos de 60 dólares anuales por persona, encuentran que sus poblaciones no logran tener acceso a servicios de salud insertos en un sistema que se desempeñe adecuadamente.

3.2.3.3. Organización Panamericana de la Salud

Aunque se tratará con mayor detalle, la Función de este organismo dentro de Análisis presentado para América Latina, en este primer acercamiento, esbozaremos las características generales del planteamiento formulado por el mismo.

La Organización Panamericana de la Salud, es uno de los Organismos que actúan de forma directa en el monitoreo y evaluación de las políticas de reforma implementadas para el sector salud en el continente americano, proporcionando importantes aportaciones en materia de investigación y elaboración (en apoyo conjunto de otras instancias internacionales) de planes que permitan la ejecución de las reformas y su financiamiento.

Siendo uno de los principales promotores y coordinador de iniciativas específicas dentro del marco de las cumbres de las Américas, que en diversos años, (Miami 1994, Santiago 1998, y Québec 2001) han reunido a la gran mayoría de los líderes del continente y habiendo firmado la Agenda Compartida para la Salud de las Américas en el 2000, - en conjunción del Banco Mundial y el Banco Interamericano de desarrollo -, La OPS tiene el objetivo prioritario de avanzar como parte importante de las negociaciones, en la creación del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) hacia el año 2005, al reconocerse que los problemas de Salud, son parte integral de la iniciativa de erradicación de la pobreza.

Ante tal escenario, la evaluación de la implementación de las políticas, así como la realización de ajustes requeridos, es parte importante del trabajo realizado por éste organismo.

Veamos brevemente cuales han sido los resultados, expuestos en sus informes.

Derivado del informe presentado por el Secretariado a la XXXIX reunión del Comité Directivo de la OPS/OMS, se identifican las siguientes políticas como las más utilizadas en las reformas del sector de la subregión de las Américas

- Descentralización gerencial
- Seguro Nacional de Salud
- Recuperación de costos
- Planes básicos de atención
- Nuevas formas de contratación
- Descentralización financiera
- Gasto público focalizado
- Autonomía hospitalaria
- Privatización selectiva
- Políticas de medicamentos

Dicho informe, encuentra un total de 18 políticas de reforma, de las cuales siete están relacionadas con financiamiento, cuatro con la organización del sistema de salud y siete con la provisión de servicios. En el área de financiamiento las políticas se refieren a seguros de salud, privatización de servicios, recuperación de costos, modalidades de pre-pago, extensión de cobertura, contención de costos, y creación de fondos de compensación. En el área de organización del sistema de salud las políticas son, descentralización, reestructuración de los Ministerios de Salud, sistemas nacionales de salud, y separación entre la financiación y la provisión de servicios. En la provisión de servicios se están planteando políticas de paquetes básicos de servicios, focalización, modalidades de pago a proveedores complementación público-privada, autonomía de servicios, contratación de servicios y programas específicos.

A los aspectos mencionados es preciso añadir las políticas de medicamentos, las de participación ciudadana con una vinculación cada vez más activa de las diferentes instancias comunitarias en la planeación, programación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios de salud, e igualmente un aspecto menos reconocido oficialmente, pero que se está dando en la realidad de los sistemas de salud, como es el creciente influjo de las prácticas alternativas, ya reconocido por algunos Ministerios de Salud. De la misma forma, empieza a abrirse campo el reconocimiento de la necesidad de lograr articulaciones intersectoriales para obtener objetivos de salud.

Los sistemas nacionales tienen mucha influencia sobre la manera de organización de los servicios de prestación de las acciones de salud y éstos a la vez determinan la práctica individual entre proveedor individual y usuario.

De acuerdo a este informe los gobiernos deben garantizar un cubrimiento lo más amplio posible de la población, particularmente de los grupos considerados pobres en el campo rural y en las ciudades y a la vez definir cual es el nivel de gasto público en salud y su distribución.

La reforma implica una descentralización de servicios tanto hacia los municipios y las zonas urbanas, como entre instituciones, lo que significa instaurar formas de control y apoyo no necesarias en el modelo anterior. También se establece que la mayor competencia entraña la necesidad de regular los servicios vigilando los costos, la efectividad y la calidad en la prestación de los mismos, se dice que: "Cuando el modelo mantiene una participación importante del Estado en sistemas de subsidios o de prestación directa de servicios es importante el conocimiento de costos de las actividades médicas que permitan calcular tarifas y valores del aseguramiento" y que para tomar las decisiones anteriores es necesario poseer información sobre necesidades, costos, preferencias de los usuarios, patologías prevalentes, eficiencia de diferentes esquemas de prestación, etc. de muy escasa disponibilidad en la región de América latina.

Asimismo este informe sugiere la forma particular del papel que deben ejercer cada uno de los actores del y dentro de los sistemas de salud:

Los directores o los propietarios de las redes de servicio deben estar seguros entre otras cosas de la necesidad y capacidad de la inversión, la rentabilidad de diferentes opciones de servicio, las posibilidades de capitación de franjas de mercado, los mecanismos de contención de costos, preferencias de los clientes, estrategias de financiación, ventajas de la competencia, técnicas de coordinación inter-institucional y sistemas integrales de información. Para la toma de este tipo de decisiones se requieren estudios económicos y administrativos realizables en casi todos los países de la región, pues no difieren de aquellos que contratan otras industrias.

Los directores de instituciones deben adecuarse a un mundo de competencia en el que cuenta la capacitación de los segmentos de mercado, la publicidad y las ventas, el servicio al cliente y la calidad en la prestación de atención médica que genere satisfacción del usuario y lealtad a la institución. La rentabilidad mediante control a los gastos, aumento en la productividad de los recursos y efectividad y formas modernas de contratación y sub-contratación son factores clave en las instituciones dispuestas a competir en mercados abiertos. Buenas decisiones en este nivel requieren de algunos estudios puntuales y de sistemas de información médica y gerencia de gran capacidad y confiabilidad.

Los prestadores individuales de servicios, a su vez deben aprender a funcionar en sistemas que demanden contención de costos, altos rendimientos del tiempo y de la inversión, efectividad en los diagnósticos y en las intervenciones y prácticas estandarizadas que garanticen la mejor calidad del servicio. Además, el proveedor individual debe conocer las modalidades de contratación que más se ajusten a sus aspiraciones y capacidad para la toma de buenas decisiones en la práctica cotidiana que requiere de una excelente formación académica y la actualización en la ciencia médica y en aspectos relacionados con las formas de prestación de servicios.¹²⁶

3.2.4. La reorientación de los Sistemas de Salud: Tercera Etapa

Como hemos podido observar, en la actualidad existe un gran interés por parte de diversos organismos Internacionales por iniciar, o en su caso acelerar los procesos de reforma delineados para el sector salud; para nuestro continente y de acuerdo a las evaluaciones de los mismos organismos sobre los primeros resultados arrojados de la implementación de tales reformas (resultados que analizaremos a detalle), ha sido preciso redefinir objetivos y estrategias.

Uno de los principales foros de discusión, evaluación y análisis, se encuentra en las reuniones de la Cumbre de las Américas en sus diversas versiones (Miami 1994, Santiago 1998, y Québec 2001), de las cuales han surgido propuestas concretas en torno a la multicomentada Reforma del Sector Salud, y su reorientación a lo largo del tiempo, mismas que mencionaremos a continuación.

¹²⁶ como ya se comento, ahondaremos en el papel de este organismo y se harán observaciones sobre el particular a lo largo del presente capítulo.

a) Antecedentes

En 1986 se toca por primera vez dentro del contexto internacional la necesidad de reformar los Sistemas de Salud, ello a través de la "Carta de Ottawa para la promoción de la Salud"¹²⁷, misma que menciona ante la necesidad de reformar los siguientes elementos:

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

- Responsabilidad compartida entre personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones de servicios de salud y gobiernos de trabajar mancomunadamente para crear un sistema asistencial que contribuya a la promoción de la salud;
- Movimiento del sector en dirección a la promoción de la salud, más allá de los servicios clínicos y curativos;
- Necesidad de que los servicios de salud adopten un mandato ampliado que sea sensible y respete las necesidades culturales;
- Mayor atención a las investigaciones sobre la salud y la formación teórica y práctica de profesionales para propiciar cambios en la organización de los servicios de salud a fin de reorientarlos hacia la totalidad de las necesidades de la persona.

Aunque estos elementos dieron impulso a la agenda de Ottawa, todavía fue necesario ponerlos en práctica más ampliamente para que resultasen útiles en la organización de sistemas de salud y en la prestación de servicios de salud.

Las reuniones internacionales sobre promoción de la salud que se realizaron después de la de Ottawa se concentraron en otros aspectos de la promoción de la salud pero no abordaron la reorientación de los servicios de salud como uno de los temas centrales de sus debates.

Una de las pocas propuestas integrales de reorientación de los servicios de salud presentadas desde la conferencia de Ottawa es el informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública titulado *Focus on Health: Public Health in Health Services Restructuring* [La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud] (1996), que ofrece un marco completo y pone de relieve varios objetivos. Aunque es un paso adelante, todavía será necesario organizar los objetivos en categorías, estrategias y mecanismos para dar seguimiento a la evolución y el efecto de los procesos de reestructuración al evaluarlos.

b) Seguimiento de resultados tras la cumbre del 2001.

Los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud definieron cinco "principios orientadores" de las reformas del sector de la salud, con los cuales propusieron dar seguimiento a las reformas del sector y evaluarla. Aunque en muchas reformas de la región se pusieron de relieve solamente uno o dos de estos principios, había consenso en el sentido de que las reformas no debían oponerse a estos criterios y que una "reforma ideal" sería una reforma en la cual los cinco aspectos hubieran mejorado al final del proceso. Esta búsqueda de consenso ha sido sumamente útil, no sólo para dar seguimiento a las reformas del sector de la salud, sino también para *reorientarlas*.¹²⁸

¹²⁷ OMS/OPS/BM/BID/CEPAL. (1986). "Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud". Ottawa Canadá.

¹²⁸ La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud: *componente decisivo de las reformas del sector de la salud*. Documento técnico preparado para la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud 5 a 9 de junio 2002, México, D.F.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR DE LA SALUD

- 1) Equidad
- 2) Eficacia y calidad
- 3) Participación social
- 4) Categorías
- 5) Eficacia
- 6) Sostenibilidad financiera

Los resultados del seguimiento, junto con los análisis efectuados por organizaciones de otras regiones en desarrollo, permiten realizar una apreciación preliminar del efecto de las reformas del sector de la salud de conformidad con el marco presentado en la figura anterior.

- *Equidad:* Sólo algunas de las reformas del sector de la salud parecen estar contribuyendo, lentamente, a la reducción de las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, aunque existen dificultades para medir esta dimensión de las reformas. En la mayoría de los países no están contribuyendo a la reducción de las disparidades en la distribución de los recursos.

- *Eficacia y calidad:* Se ha avanzado relativamente poco en la mejora de la eficacia global del sistema y el cumplimiento de los aspectos normativos de la calidad de la atención o la satisfacción del usuario con la calidad.

- *Eficiencia:* Según los análisis realizados, se ha avanzado más en la productividad y el desarrollo de métodos de adquisiciones que en la reorientación de la asignación de recursos. Por ejemplo, no ha habido cambios importantes en la asignación de recursos para abordar problemas con grandes externalidades o para aumentar el grado de protección social en el campo de la salud.

- *Sostenibilidad:* Se está tratando de ceñir los gastos a los ingresos del sistema, pero muy pocos países están aumentando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de prestación de servicios. Esta situación se agrava con la gran dependencia de financiamiento externo observada en muchos países y la falta de mecanismos para sustituir estas corrientes de recursos cuando cesan.

- *Participación social:* Hay indicios de una mayor receptividad de los gobiernos como resultado de los planes de reformas del sector de la salud. Esto introduce importantes contrapesos en el sistema, pero todavía queda por verse si influirá en la reorientación del curso de las reformas.

En resumen, las motivaciones que impulsan las reformas se han centrado hasta ahora en factores económicos. Las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública han quedado relegadas a un plano secundario. La calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

En este contexto se encuadra la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud. En los siguientes apartados se mencionan algunos aspectos considerados como necesarios para promover la reorientación de los sistemas y servicios de salud.

c) Objetivos Y Estrategias Para La Reorientación De sistemas Y Servicios De Salud

En esta sección se describe una serie de objetivos y estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud. A fin de facilitar el establecimiento de un marco operacional, los objetivos y las estrategias se dividen en dos niveles que reflejan campos de acción complementarios pero específicos:

- *Desarrollo de sistemas de salud,* que se refiere a la configuración institucional del sector de la salud y la forma en que se organizan y se cumplen las funciones del sistema de salud (rectoría de las autoridades sanitarias, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios); y

- *Prestación de servicios de salud*, que abarca la elaboración e implantación de modelos de atención, así como las modalidades específicas de organización y gestión de los servicios para realizar intervenciones comunitarias y clínicas de la forma definida en el modelo.

Con respecto a los objetivos y estrategias enumerados a continuación, cabe señalar, que la mayoría no son privativos de los valores y criterios de la promoción de la salud, sino que son acciones y estrategias que han sido conceptualizados en relación con varias metas de la atención de salud pero que, en conjunto, podrían fomentar la reorientación de sistemas y servicios con criterios de Promoción de la salud.

En segundo lugar, es importante destacar las diferencias legítimas entre países y entre regiones de un mismo país con respecto a la definición de las medidas que deben ser coordinadas por los servicios de salud y las que deben ser ejecutadas por otros sectores. Aunque tal vez convenga vincular la mayor cantidad posible de medidas de promoción de la salud a los servicios de salud, como dar mayor relieve a la promoción de la salud ante los ojos de la población, esta medida podría tener también desventajas, como la medicalización excesiva o la introducción de relaciones excesivamente jerárquicas en el proceso de comunicación.

3.2. Objetivos y estrategias para la Reorientación de Sistemas Y Servicios de Salud

Objetivos	Estrategias
Desarrollo de los Sistemas de Salud	
1. Definir, implantar y evaluar las Funciones esenciales de la salud pública como parte de las responsabilidades de la rectoría de las autoridades sanitarias	1. Fomentar y facilitar el diálogo y el acuerdo de las partes interesadas a fin de lograr consenso sobre la necesidad de reorientar y aprovechar al máximo los recursos para la promoción de la salud.
2. Promover métodos de financiamiento y asignación de recursos que den prioridad al desarrollo de infraestructura de salud pública y a líneas de acción para reorientar la prestación de servicios de salud con criterios de promoción de la salud.	2. Incorporar objetivos de reorientación de sistemas de servicios de salud en los mecanismos de asignación de recursos y pagos, vinculando los pagos a los resultados de salud en la medida de lo posible.
3. Incorporar el contenido de los modelos reorientados de servicios de salud en la cartera básica de prestaciones de seguros sociales y privados	3. Desarrollar la infraestructura de salud pública y evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.
	4. Incluir en los organismos regulatorios criterios de promoción de la salud tales como certificación, habilitación y acreditación de establecimientos, redes de proveedores, profesionales de la salud y planes de seguros
Prestación de Servicios de Salud.	
4. Cambiar la composición y el equilibrio de los tipos de atención de salud e incorporar la promoción y la prevención en el modelo de prestación de seguros sociales y privados.	5. Mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población
5. Incorporar el fomento de los principios de promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios de salud.	6. Aumentar la importancia relativa de los puntos de entrada al sistema asistencial e instituir programas con proveedores de atención primaria de salud que se ocupen de pacientes, familias y comunidades y les ayuden a orientarse en el sistema.
6. Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, así como otros factores determinantes de índole religiosa, étnica y cultural.	7. Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación continua de los profesionales de la salud.
7. Fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la salud de los integrantes de la familia.	8. Promover el consenso entre expertos sobre pautas clínicas para la prevención, eliminando los métodos ineficaces y capacitar, supervisar y evaluar la aplicación de las pautas.
	9. Cerciorarse de que las condiciones institucionales faciliten la aplicación de directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas de los proveedores.
	10. Mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre los servicios de salud y las comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de la acción.
	11. Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y la responsabilidad compartida entre los servicios, por una parte, y los particulares y las comunidades, por la otra, incluidos los mecanismos de retroalimentación comunitaria.

Fuente Op. Cit. 128

Como ya se dijo, las reformas del sector de la salud se han centrado principalmente en cambios financieros, estructurales e institucionales de los sistemas y en reajustes de la organización y la administración de la atención de salud personal. La reducción de la falta de equidad en la salud y la atención de salud, el aumento de la eficacia de las intervenciones sanitarias, la promoción de la calidad de la atención y la mejora de la salud pública han recibido menos atención.

Estas reformas se realizan en un momento en el cual el problema de la exclusión económica, social y cultural está empeorando. Las medidas actuales de protección social en el ámbito de la salud, que consisten en sistemas de bienestar social y seguridad social, no bastan para hacer frente a los nuevos problemas. Por consiguiente, la tarea fundamental de los países es ofrecer a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica universal en materia de salud que lleve a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios eficaces y de buena calidad.

Sin embargo, las innovaciones en materia de protección social en el campo de la salud por sí solas no bastan. Deben estar acompañadas por una reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud. Los pobres no sólo tienden a recibir servicios de calidad inferior, sino que también son precisamente el grupo que más necesita servicios preventivos y de promoción de la salud. Por lo tanto, sin una transformación del modelo de atención, seguirá habiendo una gran falta de equidad en la calidad de los servicios de salud.

La reorientación de sistemas y servicios de salud también está vinculada a la capacidad de las autoridades sanitarias para desempeñar funciones esenciales de la salud pública. La reorientación es más fácil con una rectoría firme y bien delineada de las autoridades sanitarias, basada en las funciones de la salud pública.

En conclusión, esta coyuntura histórica de las reformas del sector de la salud podría ofrecer una oportunidad importante para las iniciativas de promoción de la salud. Puesto que las reformas actuales han omitido la salud pública como responsabilidad social, la tercera ola de reformas deberá incluir objetivos nuevos. Cabría prever la presencia de tres temas fundamentales en la agenda: 1) la importancia de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, 2) estrategias para conferir protección social en el campo de la salud, y 3) estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud. Por lo tanto, el desafío que se plantea consiste en poner en práctica dichas estrategias y lograr consenso sobre la importancia de su inclusión en la próxima generación de reformas del sector de la salud.

3.3. EL PROCESO DE REFORMA EN AMERICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS)

La heterogeneidad de los países de la región, sumada a la diversidad de estrategias de descentralización y/o privatización empleadas en cada caso, y las restricciones de información, limitan la rigurosidad de los análisis comparativos del proceso de reforma de salud en los distintos países. A pesar de lo anterior, en este apartado se hace un esfuerzo por sistematizar las diversas experiencias mediante el reconocimiento de los elementos comunes y las principales diferencias en las estrategias adoptadas. Para lo cual se seleccionaron 7 países que por sus modelos de reforma son los más característicos dentro del continente: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y México de igual manera se trata de hacer una separación explícita de lo que implica la privatización como tal, dentro de los propios procesos de reforma y descentralización.

3.3.1. La estrategia de descentralización y/o privatización de la salud por país.

Las reformas vinculadas con la descentralización y/o privatización de los servicios de salud tienen una larga tradición en América Latina y se caracterizan por su gran variedad respecto del contenido, extensión y persistencia en el tiempo. Empezando por el concepto de descentralización en su expresión más

amplia, el cuadro siguiente, resume la evolución histórica de los procesos de descentralización del sector salud en América Latina¹²⁹.

3.3. Evolución histórica de la descentralización de la Salud en Países seleccionados

Hitos de descentralización	
ARGENTINA	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955 – 1978: Descentralización de un sistema articulado desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias
BOLIVIA	1994: Delegación de responsabilidades a nivel municipal. 1995: Delegación de responsabilidades a nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario.
BRASIL	1978 – 1983: Nuevas iniciativas de integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984 – 1991: Creación del Sistema unificado y descentralizado de salud (SUS). Paso decisivo con la democratización del país, 1998 se consagra constitucionalmente la SUS pero con competencias ambiguas, el cual es reglamentado en 1990. 1196: Aumento y aceleración del a municipalización.
CHILE	19981- 1982: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud.
COLOMBIA	1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado como un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios. 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud, y a los departamentos los del segundo y tercer nivel. Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud
MÉXICO	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud. Se trató de un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias.
NICARAGUA	1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud a/. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, bajo el sistema unificado de salud 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria b/ 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)

Fuente: Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Ornelas b, 1997; Vargas y Sarmiento, 1997c; México, Consejo Nacional de Salud, 1996; Draibe, 1998; Gómez, 1997; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996.

a/ 1982: Gobierno central nombra delegados regionales de gobierno con rango de ministro. 1985: Presupuesto de Salud de Managua pasa a ser controlado directamente por la administración regional del Ministerio de Salud. b/ 1987: Presupuesto de salud de Managua fue descentralizado en el nivel de unidades operativas. A partir de esta experiencia, se extendió a otras regiones. La descentralización presupuestaria consistió en la asignación directa del presupuesto por parte del ministerio de Finanzas a las direcciones regionales del Ministerio de Salud de las regiones II, III y IV.

En esta sección se intenta sistematizar las diversas experiencias tratando de tipificar el modelo predominante en cada uno de los países analizados.

¹²⁹ DI GROPELLO, Emanuela/COMINETTI, Rossella. (1998). "La Descentralización De La educación Y La Salud: Un Análisis Comparativo De La Experiencia Latinoamericana". CEPAL

Para efectos de simplificación, a continuación se realiza un ejercicio en el que se distingue el papel de los diferentes niveles en cada una de las funciones principales. Los niveles considerados son el central, el intermedio, el local, la unidad productiva y la comunidad. Entre las funciones, se distinguen cuatro amplias categorías: conducción, regulación y evaluación; financiamiento; administración, y área programática.

a) Argentina

❖ Descentralización

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Argentina se inserta en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público en general y el financiamiento de los programas sociales en particular. Por otra parte, la experiencia argentina presenta ciertos elementos específicos que la diferencian del resto. En primer lugar, se trata del caso más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud en la región, tanto por la cuantía de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como por las facultades y poder de decisión traspasados a las provincias. Además, se trata de una compleja estructura en la que, tan importante como el sistema público es el de las 'obras sociales', mecanismo de aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización autónoma que es importante de considerar en todos los análisis del sector salud argentino.

Finalmente, a diferencia de otras experiencias, la atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad¹³⁰.

A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha avanzado en forma progresiva hacia una salud pública descentralizada, en un proceso que se ha caracterizado por su gradualidad, en el sentido de que ha pasado por diversas fases en las cuales hubo un traspaso progresivo de competencias al nivel intermedio (provincias) y, más recientemente, a la unidad microeconómica (hospitales de autogestión). La descentralización en el nivel local no ha formado parte del modelo de descentralización explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. La función de coordinación entre las provincias fue establecida a comienzos de los años setenta a través de la creación de Comités federales de salud y de consejos federales de salud.

El proceso de descentralización más reciente, iniciado en el año 1978, tuvo como motivación principal la reducción de las presiones fiscales del nivel central, y ha consistido en el traspaso de mayores funciones a las provincias sin una contrapartida de nuevos recursos. La eficiencia y equidad no estuvieron presentes entre las motivaciones del proceso, lo que determinó la falta de mecanismos de coordinación y de políticas dirigidas a buscar una mayor eficiencia y equidad en el gobierno nacional.

En general, el proceso de provincialización de la salud se caracteriza por el traspaso amplio de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central. El proceso de descentralización que tiene lugar a partir de 1978 se caracteriza por la transferencia gradual de hospitales que aún quedaban en el ámbito de la nación, a las provincias. En esta fase, en 1986 comenzó en forma gradual la descentralización microeconómica, brindando mayor independencia a los hospitales en materia de financiamiento y gestión. En particular, en la década de 1990 se observa en Argentina un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias; casos de descentralización de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de hospitales de autogestión. En el modelo de "autonomía hospitalaria" los hospitales públicos

¹³⁰ MONTROYA, S. (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud. Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, N°60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.

participan en la dirección de la unidad, cuentan con la posibilidad legal de facturar, captar fondos para ser utilizados en equipamientos y, en algunos casos, a salarios, y administran autónomamente el servicio.

Actualmente, existe una serie de hospitales que se han ido transfiriendo a las provincias sin que exista un marco global que permita articular el funcionamiento de cada uno de ellos.

En general, las provincias tendieron a repetir el mismo esquema centralizado de la nación: un Ministerio de Salud, cierta cantidad de hospitales de baja complejidad, otros de alta complejidad, y algún grado más o menos razonable de articulación, generándose de ese modo en vez de un sistema nacional de salud, 23 sistemas provinciales de salud. Como resultado de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, los que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales.

Existen modelos en que la provincia ha dado espacio al municipio para desempeñar un papel más activo en materia de administración, transfiriendo grados importantes de autonomía a los municipios y a las unidades hospitalarias, e incluso se ha llegado a crear algún espacio de participación de la comunidad en la dirección del hospital. En otros casos, por el contrario, el modelo es altamente centralizado en el nivel provincial.

La salud pública en Argentina es financiada a través de transferencias generales automáticas a los gobiernos provinciales, derivadas del denominado "pacto fiscal", y de recursos propios. Las provincias reciben una transferencia automática, y cada una de ellas asigna de manera autónoma los recursos presupuestarios al sector. No hay transferencias específicas desde el nivel central al sector (como ocurre con otros servicios). Por lo tanto, el presupuesto provincial de salud queda sujeto a la asignación provincial de los recursos propios y de aquellos provenientes de la coparticipación. Adicionalmente, existen recursos propios sectoriales que provienen de la venta de servicios o recuperación de costos que se realiza a nivel hospitalario.

Como se observa en el cuadro siguiente, los diversos esfuerzos descentralizadores de los servicios de salud en las provincias dieron origen a un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial. Se trata entonces de un modelo de *devolución* híbrida de competencias al nivel provincial y de las unidades productivas¹³¹ por la vía de la autonomía hospitalaria, con una escasa participación de la comunidad. El carácter híbrido proviene del hecho de que, a pesar de gozar de plena autonomía en materia programática y de gestión, las provincias y hospitales mantienen una relación de dependencia del nivel central en el plano financiero. Aunque las provincias están facultadas para obtener recursos propios, su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias automáticas desde el nivel central al nivel provincial, por intermedio de la coparticipación tributaria¹³². El nivel central mantiene participación en el diseño de programas y en la dictación de normas, pero sus directrices no tienen más que un valor indicativo.

¹³¹ Respecto a la descentralización microeconómica el término *devolución* es utilizado en un sentido amplio debido a las limitaciones de autonomía de los hospitales en los temas vinculados a política de recursos humanos (negociación salarial, contrataciones).

¹³² En cuanto a los hospitales autónomos, se puede señalar que en la provincia de Santa Fe, por ejemplo, la captación de recursos propios adicionales es creciente en el tiempo, y su relevancia oscila entre un 5% y un 40% de los ingresos totales dentro de una muestra de hospitales analizados.

3.4. El modelo de Descentralización del Sistema de Salud en Argentina, desde 1978

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social)	Diseña programas, dicta normas y coordina subsistemas. Sin embargo, sus directrices tienen solo valor indicativo	Coparticipa de recaudaciones Tributarias			Define programas de cobertura nacional: lucha contra endemias; campañas Preventivas; educación sanitaria; programas materno- infantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental
NIVEL INTERMEDIO (Autoridades sanitarias provinciales)	Cuenta con autonomía para la definición de políticas de su jurisdicción y ejerce el control sobre los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en su territorio (excepto en obras sociales)	Puede captar recursos adicionales en forma de impuestos y usarlos en forma ilimitada	Política de recursos humanos	Ejecución de programas y provisión de servicios. A partir de 1992, se transfirieron los principales programas de prevención	Define planes provinciales de cobertura de determinadas endemias
GOBIERNO LOCAL (Municipios)				- Tiene a su cargo la ejecución de programas y la administración de servicios de su órbita. - Hay casos de descentralización desde las provincias a los municipios	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales públicos)		Independencia en facturación por prestaciones a Obras Sociales y recursos adicionales a través de copagos (hospitales de autogestión)	Sobresueldos (hospitales de autogestión)	Transferencia desde la nación a los hospitales de autogestión: provisión de servicios	Autonomía en el proceso de asignación de recursos internos (hospitales de autogestión)
COMUNIDAD		Copago			

Fuente: Montoya S (1997) Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

En síntesis, se puede afirmar que el proceso de descentralización de los servicios de salud que progresivamente se ha ido implementando en Argentina se ha caracterizado por la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector, lo que ha contribuido a generar modelos heterogéneos de salud provinciales, donde se reconoce un rasgo común que es el avance hacia la descentralización microeconómica.

❖ *Privatización*

Las proposiciones dirigidas hacia la privatización en Argentina, abarcan un amplio espectro de opciones que comprenden la venta de empresas del Estado, concesiones parciales de servicios y procesos de desregularización. Todos estos procesos cuentan con un gran consenso por parte de los diferentes sectores y actores que llevan adelante las distintas proposiciones, al mismo tiempo que la sociedad civil expresa, con grados diferentes, ciertos niveles de aceptación.

La instrumentación de los procesos de privatización se ha dado de manera explícita en el área económica, siendo la venta de activos estatales la modalidad predominante. En el área social el proceso privatizador

se da fundamentalmente a través de la desregularización de las actividades de la prestación y de la contratación de servicios. Ambos procesos se dan de una forma poco transparente.

La crisis económica ha tenido consecuencias directas sobre la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud, constituida por el sistema de la Seguridad Social, al afectar directamente los salarios de los contribuyentes.

El sector salud en Argentina se caracteriza por su excesiva fragmentación institucional y falta de integración intra sectorial. El sector privado tiene estas mismas características pero presenta un nivel de integración importante con el sistema de seguridad social.

El sector privado de atención en salud ha tenido un desarrollo sostenido desde la década de los setenta. Este crecimiento se ha basado, fundamentalmente, en la prestación de servicios al sistema de Seguridad Social. Por otro lado, la crisis que se presenta en la Seguridad Social ha dado lugar al surgimiento de un sector importante que opera independientemente a dicho sistema.

Entre las características que conforman el perfil del sector privado de la salud está el de su conformación a través de unidades pequeñas y medianas y del capital médico. La gran empresa médica se concentra, casi exclusivamente, en la Capital Federal. Su especialización es dirigida a la atención de enfermos agudos. Por otro lado, se observa una alta concentración de tecnología estrechamente asociada al tamaño del capital.

Entre las diferentes modalidades de privatización de la atención médica que se están desarrollando, se destacan las siguientes:

1) *Clinicas y Sanatorios privados*: En 1964 se creó la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados con el fin de representar a los establecimientos asistenciales no gubernamentales de todo el país, ello surgió, por un lado, como respuesta al vacío normativo y de conducción del Estado, y por el otro lado, con el objeto de establecer normas éticas y legales, formas de regulación, habilitación, acreditación y categorización.

2) *La Medicina Pre-paga Comercial*: Este sistema se inicia en el país en la década de los cincuenta, y en 1966 se constituye la Cámara de Instituciones Médica de Asistencia Prepaga (CIMAP). Entre sus finalidades estaban la de fomentar y difundir las prestaciones médicas privadas a través de un sistema de pre-pagos o de abonos, promover el perfeccionamiento de los elementos técnicos, contractuales y de organización de las empresas privadas, representar y defender los intereses generales de las asociaciones gremiales ante los poderes públicos y organismos oficiales y privados.

Los sistemas de medicina pre-paga son entidades de adhesión voluntaria en las que el afiliado paga una cuota mensual por los servicios a los que se suscribe. Son entidades con fines de lucro y están dirigidos a los sectores altos y medios de la población. En la década de los setenta la CIMAP se transformó en la Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República de Argentina (CIMARA). En 1981 se creó la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) cuya diferencia con la anterior consiste en que ésta agrupa las empresas que carecen de infraestructura propia. Actualmente, ambas empresas operan de forma conjunta y la premisa básica de ambas entidades es la defensa de la libertad de elección por parte de los beneficiarios. A finales de la década de los ochenta e inspiradas en el modelo chileno de las ISAPRE, estas entidades promueven activamente una mayor vinculación con la seguridad social.

La medicina pre-paga se presenta como una opción que garantiza la libertad del usuario o consumidor y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos. Por otro lado, estas instituciones confirman la alta fragmentación del mercado de la atención médica en Argentina¹³³

¹³³ BELMARTINO, S. y Bloch, C. (1993). "La medicina pre-paga en Argentina: Su desarrollo desde los años sesenta." Cuadernos Médico Sociales. N° 74

3) *Los pre-pagos comerciales*: Estos pre-pagos comienzan a funcionar desde mediados de los sesenta y su objetivo fue el de crear fuentes de trabajo en igualdad de condiciones para los profesionales y brindar un servicio integral a toda la población. Estos sistemas de pre-pago comerciales funcionan sin finalidad de lucro, con universalidad en cuanto al acceso, libre elección del prestador, igualdad de servicios para todos los sectores, baja remuneración de los prestadores y recapitalización de la estructura de salud.

4) *Los gremios médicos*: Las entidades médicas, a excepción de la Federación Médica de la Capital Federal, contratan con la Seguridad Social, asumiendo la representación de los afiliados en convenios de servicios y perciben por ello un porcentaje del valor de los mismos.

Para Díaz-Muñoz¹³⁴, en la década de los ochenta se consolidó un cambio en el sector privado, no solamente cualitativo sino cuantitativo. Este avance reconoce diversas modalidades de privatización asumidas en el sector de servicios de atención de la salud, con especial referencia en el área de la Seguridad Social.

Díaz- Muñoz explica que analizar los procesos de privatización de los servicios de salud desde la perspectiva de la seguridad social, muestra las diferentes interrelaciones que se dan entre estos procesos dentro del sistema de atención en salud, paralelamente a lo anterior, muestra también la dinámica de estos procesos con el sistema político y social en el cual tienen lugar.

Este proceso de privatización se da por la vía de la desregulación del sistema a través de los mecanismos de contratación de servicios, por una parte y por la incorporación de nuevos servicios no regulados y generalización de prácticas excluidas de las reglas de contratación, por la otra.

Las principales modalidades de privatización en el área de Seguridad Social que destaca la autora como las más relevantes son:

1) *Privatización por contratación e incorporación de nuevos servicios*: Generalmente los servicios a ser contratados incorporan nuevas tecnologías en las prácticas de diagnóstico y tratamiento y una vez aprobados en su eficacia se convierten en demandas a ser asumidas por las instituciones de la Seguridad Social. Entre los más desarrollados y expandidos están:

- *Prestación de servicios médicos de emergencia*: la instrumentación de esta modalidad favorece la intervención del capital extramédico y comprenden la atención médica en el lugar y el eventual traslado. Funciona, básicamente, con médicos contratados que perciben salarios sensiblemente superiores a los correspondientes al sector público.

- *Contratación de servicios de emergencia médica*: Son empresas de atención médica de emergencia que ofrecen servicios que incluyen consultas de urgencias clínicas, pediátricas, cardiológicas, medicamentos necesarios en la atención de urgencia, traslados de urgencia y traslados en unidades de terapia intensiva. Esta modalidad reduce los costos administrativos y de control de facturación.

2) *Privatización por generalización de prácticas excluidas de las normas de contratación legal*: La crisis financiera de la seguridad social hace que los pagos a las prestaciones no se efectúen puntualmente y no acompañen a la evolución de los costos respectivos. Ello conduce a una progresiva desregulación del sistema y la presencia de distintas prácticas en la prestación del servicio que buscan compensar las diferencias que se producen entre aranceles fijados y costos calculados al tiempo que se dan distintos acuerdos con los prestadores y los usuarios.

¹³⁴ DÍAZ-MUÑOZ, Ana Rita. (1991). "Procesos de privatización en el sector salud en Argentina". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

La modalidad más importante que señala Díaz-Muñoz es la *Generalización del pago de "plus" en la consulta médica*. Esta modalidad representa la estrategia de compensar el valor asignado en el nomenclador nacional a la consulta médica. Esta modalidad no es un fenómeno nuevo, sí lo es su generalización y su aceptación por parte de los organismos de representación médica. No hay valores uniformes. Los montos varían según el médico, la obra social que atiendan y la capacidad de pago del paciente. El médico puede establecer un monto fijo igual para todos los pacientes que requieran la atención o adaptarlo a cada caso individual.

3) *Privatización por liberación de la demanda desde la seguridad social hacia el sector privado*: La crisis financiera actúa también liberando la demanda que no puede ser cubierta. Esta liberación se dirige hacia el sector de prestadores privados y hacia el sector público. La demanda que se libera hacia el sector público corresponde a los grupos excluidos de la seguridad social, los cuales por el monto de sus recursos y de los costos no pueden acceder a los servicios del sistema "plus" o de otros seguros, de tal manera que se incorporan a la demanda habitual de los servicios del Estado.

Paralelo al proceso anterior se da una liberación de demanda hacia el sector privado, tanto en sus niveles individuales (grupos de altos ingresos) como colectivos.

- *Privatización por liberación de demanda hacia el sector de medicina pre-paga*: Aquí la crisis financiera del sector opera en los niveles de la cobertura, de la calidad de las prestaciones y del aumento de las cotizaciones por parte de los afiliados.

- *Privatización por liberación de la demanda hacia nuevas formas organizativas*: Se elaboran nuevas estrategias organizativas desde el sector privado proveedor del sistema de seguridad social, con el fin de complementar la oferta de servicios de la seguridad social dirigidas a la demanda, tanto colectiva como individual. Básicamente, estas estrategias se dirigen a diseñar opciones organizativas que den lugar a contratos de riesgo con la seguridad social y para la población en general, como una forma de preservar las fuentes de trabajo del personal de las clínicas y sanatorios.

b) Bolivia

El modelo de descentralización de la salud promovido en Bolivia, conocido como modelo de gestión compartida con participación popular, responde a una voluntad más amplia de democratizar y modificar la distribución del poder político en el país. El proceso de descentralización no refleja las demandas sectoriales, sino que se inserta dentro de un plan global de redefinición de las relaciones entre las unidades locales y centrales al interior del sector público en general. La descentralización de los servicios sociales forma parte, entonces, de un conjunto más amplio de reformas estructurales que han modificado radicalmente la institucionalidad del país.

El proceso de descentralización en el sector se inicia con la promulgación de la ley de participación popular en 1994, que crea 311 municipios. Por intermedio de esta ley se descentraliza el sector salud transfiriendo a los municipios la infraestructura física de las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, incluyendo hospitales de referencia nacional. Se transfieren también las responsabilidades ligadas al mantenimiento de esa infraestructura, su equipamiento y la provisión de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios¹³⁵.

El proceso de descentralización continúa con la ley de descentralización administrativa, que en la práctica implica la transferencia de la administración de los recursos humanos del sector salud a los departamentos. Los departamentos pasan teóricamente a estar a cargo de la supervisión, administración y control de los recursos humanos en salud.

¹³⁵ RUIZ-MIER, F. y B. Giussani (1997), "El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia", serie Reforma de política pública, N°48, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

Se trata de un proceso de corta existencia y, por lo tanto, con un número importante de discrepancias entre el modelo teórico y el que actualmente se aplica. En teoría, según el modelo, los diferentes niveles de gobierno contribuyen en materia de regulación, supervisión, financiamiento y administración, y la comunidad cumple un papel importante en la supervisión de actividades y en la formulación de los programas de salud. La función de coordinación, teóricamente, la desempeñan las direcciones locales de salud. Aunque falta consolidar el proceso, su implementación geográfica ha sido muy rápida, no gradual, y ha abarcado todo el territorio.

Uno de los elementos característicos del modelo boliviano es la distribución de los papeles entre los niveles intermedios y locales. A diferencia de otros países en que estos papeles se determinan por los niveles de atención de salud, en Bolivia, la distinción se establece según los insumos sobre los cuales los distintos niveles ejercen su responsabilidad de administración. En consecuencia, puede ser concebido como un "modelo de descentralización por factores". En este contexto, el papel del municipio se centra en la gestión de infraestructura y operación, mientras que los departamentos tienen a su cargo la administración de los recursos humanos. Al tratarse de un modelo de gestión compartida y fragmentado por factores, pasa a ser altamente demandante de mecanismos de coordinación vertical, con el objeto de poder concretar en forma eficiente la función de producción de los servicios de salud, se trata entonces, de una transferencia a diferentes niveles del gobierno, de las distintas piezas que componen la función de provisión.

Dentro de este modelo, la Secretaría Nacional de Salud Pública es responsable de establecer y controlar el cumplimiento de la normativa y la comunidad está encargada de la identificación de la demanda y el control social. El control social se realiza a través de los comités de vigilancia, que tienen funciones mucho más amplias que simplemente la de controlar las actividades del sector salud.

Para resolver el problema de falta de coordinación en este esquema descentralizado, se estableció el nuevo modelo sanitario, que se centra en el sistema público, y que se define como un modelo de "gestión compartida con participación popular". Este modelo se aplica a través del directorio local de salud (DILOS), que es un organismo participativo localizado en el municipio y cuya función es cumplir un papel de coordinación, pero que debido a la falta de reglamentación y normativa existente en el sistema, todavía no lo está cumpliendo.

En materia de financiamiento, la principal fuente proveedora de recursos es el nivel central. A través de mecanismos de transferencias generales automáticas, vinculadas a las rentas nacionales de coparticipación tributaria, el gobierno central financia los gastos de inversión de responsabilidad de los municipios, y, a través de transferencias específicas a los departamentos, financia los gastos de operación relacionados con la planilla de sueldos y salarios. El grado de autonomía sobre los recursos de transferencia es bajo, toda vez que el 85% de la recaudación tributaria efectiva que se transfiere a los gobiernos municipales debe ser utilizada para gastos de inversión pública. Por otra parte, existe un copago que antes de la descentralización era administrado por la unidad productora para gastos de funcionamiento, personal y equipo de apoyo. Como consecuencia de la descentralización, los centros de producción de servicios de salud perdieron autonomía al pasar a ser administrados por los municipios, lo que afectó su capacidad de gestión. Llama la atención que la definición de la oferta de servicios o contenido programático no es explícita, lo que en parte es el reflejo de la ausencia de una clara política sectorial global.

En el caso boliviano, los cambios radicales en la institucionalidad que define la estructura organizativa de provisión de los servicios de salud se han manifestado en un grado de descentralización muy profundo en cuanto a la ejecución presupuestaria, dado que, después de las transferencias, el nivel central solamente gasta en salud el 11.6% del gasto público en salud. Sin embargo, las condiciones de utilización de las transferencias son restrictivas, limitando el grado de autonomía de los nuevos niveles proveedores. Por el momento, el de Bolivia puede ser catalogado como un modelo de tipo principal/agente en los niveles intermedio y local, la dependencia financiera con el nivel central es muy elevada, y en materia de gestión del personal y programática existe una autonomía parcial en el nivel intermedio. Cabe destacar la existencia de un esfuerzo por establecer mecanismos de participación de la comunidad en el área programática y de control.

3.5. El modelo de descentralización de sector salud en Bolivia, a partir de 1994

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL Secretaría Nacional de Salud Pública)	Norma, regula y conduce el nuevo Modelo sanitario. Planifica y define políticas de salud, Personal, medicamentos e insumos. Define política de paquete mínimo de atención gratuita (Seguro de maternidad y niñez)	Municipios: Transferencias generales Vía coparticipación tributaria de 20%. Departamentos: Transferencias del Tesoro General de la Nación (TGN) para financiar planilla de recursos humanos Y gasto de operación.	- Define políticas de recursos humanos - Masa salarial establecida por negociación	Administración de medicamentos esenciales	- Definición de las patologías prioritarias de atención
NIVEL INTERMEDIO (Prefecturas departamentales, dirección departamental de salud)	- Planificación estratégica Supervisión y control de los recursos	Opción de cofinanciar con fondos de empresas departamentales que no han sido privatizadas y con regalías.	- Administración de los recursos humanos	- Aplicación de las políticas nacionales de salud dentro de su región	- Existe espacio (por ausencia de definiciones) para iniciativas departamentales
GOBIERNO LOCAL Gobiernos municipales, directorio local de salud-DILOS- a/	Supervisión del desempeño de las autoridades de salud y propuesta de ratificación y remoción Supervisión y coordinación de la elaboración del presupuesto de los centros de salud y hospitales	Recursos propios (básicamente válido para municipios grandes)	- Puede contratar personal médico con recursos de generación de los centros de salud	- Administración y mantenimiento de la infraestructura, construcción, equipamiento, administración de los gastos de operación - DILOS administran programa de maternidad y niñez	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN Centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel)		Recaudación vía tarifas por consultas, servicios médicos y medicamentos (pero administración de los recursos a cargo de los municipios).			
COMUNIDAD Comité de vigilancia y Juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas)	Vigila que los recursos municipales se inviertan en forma equitativa entre la población urbana y rural Propone cambio o ratificación de autoridades	Copago			Identificación de necesidades de salud. Sólo en teoría ya que la población no demanda salud. b/

Fuente: Ruiz-Mier y Giussani, 1997.

a/ Los DILOS están conformados por representantes del alcalde, el director departamental de salud y el comité de vigilancia.

b/ Gran incidencia del factor cultural que lleva a aceptar las enfermedades como orden natural.

Nota: Casillero no sombreado significa función teóricamente definida, aún no en práctica.

c) Brasil

❖ Descentralización

El proceso de descentralización del sector salud en Brasil se inicia a fines de la década del 70, y se ha caracterizado por su relativa gradualidad y por los cambios que ha experimentado respecto a su contenido, orientación del proceso y prioridades. En su primera etapa, el proceso de descentralización es una respuesta a las crecientes demandas por cambios en la orientación de la política de salud dirigidos a universalizar el derecho a la salud y a eliminar la fuerte segmentación y fragmentación del sistema. En

este sentido, la descentralización se percibe como uno de los instrumentos destinados a optimizar la asignación de recursos al interior del sector salud, y, adicionalmente, forma parte de una serie de reformas más amplias orientadas a integrar el sistema público de salud, reducir el poder del nivel central fortaleciendo los niveles subnacionales, y aumentar el grado de participación ciudadana.

El origen de la experiencia de descentralización del sector salud en Brasil constituye una excepción en el contexto regional, en el sentido de que el proceso de reforma no fue liderado por el nivel central sino por personal del área médica (principalmente del sector público), el que a través de movimientos sociales dirigió un proceso de cambio institucional cuyos ejes eran la integración de los tres niveles de gobierno en el sistema unificado de salud (SUS), la descentralización, y la desconcentración de los recursos y del poder político.

En el modelo de descentralización que se ha establecido, los niveles subnacionales participan en alto grado en las diversas funciones; sin embargo, en la práctica, desde 1993 se ha acentuado el carácter municipalista del modelo implantado. Con el objeto de introducir flexibilidad frente a la heterogeneidad que caracteriza a los diversos entes subnacionales, el proceso de descentralización adoptó una mecánica gradual, mediante la cual cada estado y municipio solicita ser calificado en una modalidad de gestión y donde el elemento de negociación entre las tres esferas de gobierno lo constituyen las comisiones de intergestores, cuyo propósito es apoyar el proceso de implementación de la descentralización. Para los estados se definieron dos categorías: gestión parcial y semiplena; mientras que los municipios pueden ajustarse además a una tercera categoría, "incipiente". Esta clasificación se traduce en diferencias respecto de las facultades y autonomía en el uso de los recursos. El grado de avance del proceso de descentralización es moderado si se considera que en tres años del total de municipios (incluidos aquellos que aún no han solicitado clasificación) el 45% estaban clasificados en la categoría de gestión incipiente, el 12% en gestión parcial, y el 1.8% en gestión semiplena (que representa, sin embargo, el 12% de la población). Evaluado en términos de dependencia financiera, el sistema sigue manteniendo una exagerada dependencia de los recursos federales, lo que, en ausencia de vínculos automáticos establecidos constitucionalmente y en un contexto de ajuste fiscal, ha implicado un desequilibrio significativo en el financiamiento del sector. Uno de los problemas no resueltos en la experiencia de Brasil es la falta de correspondencia entre las fuentes de financiamiento y las funciones y atribuciones de las distintas esferas de gobierno. Por otra parte, la irregularidad y la ausencia de una vinculación constitucional de los recursos para la salud han constituido una restricción al avance de la descentralización efectiva y una fuente de vulnerabilidad para el financiamiento del sector, al depender fuertemente de la orientación de las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica. En efecto, como resultado de la profundización de la crisis de 1991-1993, el gasto en salud contribuyó al ajuste fiscal, quedando en la práctica el sistema de salud desfinanciado, lo que obligó recientemente a establecer un impuesto provisorio sobre el movimiento financiero, destinado a financiar el sector a partir de 1997.¹³⁶

En relación con las transferencias federales destinadas a salud, teóricamente la ley estableció un sistema de transferencias automáticas a las entidades subnacionales según diversos criterios: perfil demográfico y epidemiológico; características de la red de servicios y equipamiento; desempeño técnico, económico y financiero en el período anterior; participación del sector salud en el presupuesto estatal y municipal; planes de inversión; recuperación por servicios prestados a otras esferas de gobierno, y requisitos organizacionales. En la práctica, sin embargo, como resultado de dificultades técnicas y políticas, la implementación de estos criterios se ha desarrollado con lentitud, y el mecanismo predominante de traspaso de recursos del gobierno federal a los estados y municipios es el de remuneración por compra de servicios a los entes subnacionales. Esto desincentiva la participación financiera de los niveles subnacionales, fortalece la cultura de dependencia del gobierno central, estimula procedimientos médicos más caros y no necesariamente más eficientes, aumenta las presiones políticas permanentes sobre la

¹³⁶ DRAIBE, S. M. (1998), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", serie Reforma de política pública, N°52, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

"caja federal" y, en fin, inhibe el proceso de descentralización¹³⁷. Las transferencias desde el gobierno federal a las entidades subnacionales operan a través de los siguientes mecanismos: a) traspasos por concepto de actividades ambulatorias y hospitalarias de acuerdo a la población, complejidad de la red y valores históricos, y b) traspasos por incentivos a la descentralización a través del factor de apoyo a los estados (FAE) y del factor de apoyo al municipio (FAM), asignado a cada entidad que se habilita en alguna condición de gestión.

Como se observa en el cuadro que se muestra a continuación, se ilustra el modelo de municipalización semiplena que se está implementando gradualmente en Brasil, las competencias específicas del nivel municipal son la elaboración, administración y ejecución de acciones y servicios de salud local –vale decir la gestión de la salud local–, mientras que el papel de los estados se relaciona con la planificación regional de las políticas de salud. Un elemento que diferencia el proceso de descentralización implementado en Brasil de otras experiencias de la región es que la función de contratación de personal la realizan mayoritariamente los niveles subnacionales; en los otros casos esa competencia se tiende a mantener centralizada. Los municipios gozan de gran autonomía en materia administrativa y programática. Sin embargo, a pesar de ser un país con un elevado grado de descentralización fiscal en el que los gobiernos subnacionales, incluidos los municipios, pueden dictar sus propias leyes orgánicas, y sobreponerse a las leyes ordinarias y federales, estos niveles subnacionales mantienen una importante dependencia de los recursos del nivel central para el sector (solamente un 12% del gasto público en salud se financiaba con recursos propios municipales, en 1990). En ese sentido, se trata de un modelo que puede definirse como de *devolución* híbrida al nivel de los municipios. Los estados también deben descentralizar y municipalizar los servicios de salud, ejecutando en forma complementaria o sustitutiva algunas de las acciones y servicios aún no asumidos por los municipios. Sin embargo, en la práctica sus competencias no están claramente delimitadas.

¹³⁷ BARROS M.E., S. Piola y S.M. Vianna (1996), "Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas", texto para discusión, Nº 401, IPEA (Instituto de Investigación Económica Aplicada), Brasília.

3.6. El modelo de descentralización de la salud en Brasil, a partir de 1990

AREAS	REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL Ministerio de Salud; consejo nacional de inversores privados; consejo nacional de salud; conferencia de salud)	- Formula políticas nacionales y evalúa directrices generales de SIS -Define y coordina los sistemas de redes integradas de salud -Regula la formación, el ejercicio profesional, y las relaciones entre el SIS y los productores privados	- Transfiere recursos provenientes del fondo nacional de salud formado por recursos del presupuesto de seguridad social y del presupuesto de la Unión -Define criterios de asignación de recursos para cobertura asistencial -Cooperación financiera a estados y municipios	Apoyo al desarrollo de los recursos humanos Contratación de personal, sueldos, horas de trabajo, horas de capacitación	Ejecuta, en circunstancias especiales que representan riesgo nacional, acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
NIVEL INTERMEDIO Secretarías estatales de salud; comisión intergestores (partidos) y/	Formula políticas estatales de acuerdo con política nacional Coordina red estadual de laboratorios salud pública y hemocentros Norma, procedimientos de control de calidad	- Recursos propios - Presta cooperación financiera a municipios	Contratación de personal, sueldos, horas de trabajo y capacitación. La contratación se realiza mayoritariamente en este nivel	Gestión de los sistemas locales de salud (servicios ambulatorios hospitalarios, asistenciales, gestión de red de productores privados, acciones de vigilancia epidemiológica, etc.) Ejecuta política de recursos y equipamiento	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
GOBIERNO LOCAL Secretarías municipales de salud)	- Ejecuta acciones de vigilancia del ambiente y de procesos de trabajo -Formula política municipal de salud en concordancia con políticas estatales - Planea, controla y evalúa las acciones servicios de salud - Norma complementariamente las acciones y servicios de salud	- Recursos propios (baja capacidad de recaudación tributaria)	Participa en la contratación de personal. También participa en la determinación de horas de trabajo y capacitación	Ejecuta política de recursos y equipamiento	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
UNIDAD DE PRODUCCIÓN					
COMUNIDAD (Participa en consejos de salud y/; consejo estadual de salud, consejo municipal de salud)	Aprobación de planes de salud, fiscalización de recursos y supervisión de las políticas, en su ámbito de actuación				

Fuente: *Dráibe, 1998*

a/ Comisiones inter gestores se crean a partir de 1993 como órganos colegiados responsables de la gestión del sistema, parcialmente de la descentralización (grado de autonomía transferidos a los estados y municipios según nueva tipología de gubernamentales, prestadores de servicios, profesionales de salud y usuarios de los servicios. Entre sus funciones están la aprobación de los planes de salud y fiscalizar los recursos y supervisar la política de salud.

Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

En el ámbito del control social de la gestión, se han creado diversos organismos coordinadores y de participación, pero la precariedad del acceso a la información limita el control efectivo por parte de los representantes de la sociedad. En cuanto a la participación de la comunidad, existen organismos al efecto en los diversos niveles subnacionales, como los consejos de salud creados en las diferentes jurisdicciones. En estos consejos participan representantes gubernamentales, profesionales de la salud, prestadores de servicios y usuarios de los mismos.

❖ *Privatización*

Con la promulgación del Plan de Reorientación de Asistencia a la Salud dentro del sistema de la Seguridad Social, en 1982 se establecieron las directrices políticas para la atención primaria de salud y se previeron diversos mecanismos dirigidos a superar el despilfarro público de los recursos, aumentando la eficacia y la eficiencia en cuanto a su uso. El objetivo general de este Plan, fue el de responder a la necesidad de racionalizar los gastos públicos. Una de las medidas más importantes fue el cambio en el mecanismo de pago a los hospitales privados. Antes de 1982, el pago se efectuaba a través de unidades de servicios. El Plan establece un mecanismo de pago por procedimientos.

En 1990 se implantó el principio de la autoridad única, a nivel federal, con la transferencia de la estructura del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Prevención Social para el Ministerio de Salud.

Pareciera que la falta de financiamiento hacia el sector público y hacia la seguridad social fue determinante para acelerar el deterioro de la calidad de los servicios de atención en salud, con el resultado inmediato de que un sector de la población bastante importante buscó opciones privadas de atención.

La atención de la salud en Brasil tiene características de heterogeneidad en el financiamiento y provisión de los servicios, tanto públicos como privados. Para Andreazzi¹³⁸, El origen del sector privado de la salud en Brasil, está asociado a la actividad liberal médica y a los hospitales de carácter filantrópicos. El sector privado lucrativo se torna importante a partir de los años sesenta, estimulado básicamente por la política del gobierno federal de expandir la cobertura asistencial. Desde esta década hasta hoy, su participación en el gasto total ha ido incrementándose de una manera significativa sobre todo a finales de la década de los ochenta y concentrándose en las regiones más desarrolladas del país y por ende las de mayor densidad poblacional.

Esta participación del sector privado en la prestación de servicios de salud aumenta a medida que crece el desfinanciamiento por parte del Estado y la tendencia del gasto privado es hacia la sustitución de los gastos directos por la compra de servicios de salud y la generalización de alternativas privadas colectivas de financiamiento.

En cuanto a los mercados relacionados con la prestación de los servicios de salud, Andreazzi señala: a) el mercado médico; b) el mercado de establecimientos de salud; y c) aquellos mercados que tienen por objetivo financiar el consumo privado de los servicios.

El mercado médico se caracteriza por presentar una heterogeneidad de situaciones en donde la actividad liberal propiamente dicha se presenta como minoritaria, prevaleciendo formas salariales formales, informales y liberales combinadas en las cuales las variaciones en los salarios se hacen notar.

Es en la década de los setenta que se observa una expansión importante tanto de la cobertura de atención como del personal que trabaja en el área de la salud, especialmente de los médicos.

¹³⁸ **ANDREAZZI**, María de Fátima. (1991). "Procesos de privatización en el sector salud. Caso Brasil". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

El mercado de establecimientos de salud está compuesto por un sector tradicional privado, por instituciones de carácter benéfico y filantrópico y por un sector lucrativo, el cual tuvo un desarrollo importante en los años setenta en el área hospitalaria básicamente y más recientemente, entre 1984 y 1987, experimentó un crecimiento significativo en la atención ambulatoria de alto costo. Un último sector, poco cuantificado, es el representado por las organizaciones no gubernamentales.

En cuanto a la modalidad de privatización estudiada y considerada como la más importante que se manifiesta en el período post-crisis es la del crecimiento y expansión de los mecanismos privados colectivos de financiamiento de la atención en salud.

El seguro privado en Brasil surge como una forma de pre-pagos médicos financiados por las empresas a sus empleados en la etapa de la industrialización intensiva. Sin embargo, solamente en 1966 es que se establece la reglamentación de las diferentes modalidades de seguros privados de salud y es así que mediante decreto se creó el Sistema Nacional de Seguros Privados. Las razones de ello podrían estar en la intención del Estado por adelantar el reordenamiento de sus aparatos institucionales, con la finalidad de impulsar las actividades económicas y consolidar las bases del crecimiento del capital financiero. Por otro lado, esta medida, también fue tomada con la intención de crear un mercado privado que atendiese el exceso de demanda o a los demandantes insatisfechos con los servicios que prestaba el Estado.

El seguro privado es utilizado tanto por las empresas como por las familias. Sus principales formas son:

1) *Las Instituciones de Medicina de Grupo* estas se presentan, generalmente, en dos formas. La primera, como una estructura asistencial que les da su origen. La segunda, como intermediarias en la prestación de servicios de una extensa red creciente de profesionales liberales y de hospitales privados. La mayor parte de las empresas pertenecientes a la Medicina de Grupo (el 64%) son compradoras de servicios y el 36% poseen estructuras de servicios propios de menor costo que las que contratan servicios. Más de la mitad de los costos de estas empresas son derivados de las actividades ambulatorias, lo que pudiera implicar una cierta transferencia desde los hospitales hacia el sector privado. Estas empresas se concentran mayoritariamente en las zonas más industrializadas del país.

2) *Las Cooperativas Médicas*. Son empresas de pre-pago pero que también pueden ser de post-pago. Aquí, los médicos son, simultáneamente, socios y proveedores de servicios de salud. Surgen diez años después que las instituciones de Medicina de Grupo. Se organizan territorialmente y de las distintas modalidades es la que tiene mayor penetración en el interior del país.

3) *Los autoprogramas o planes de auto-gestión*. Donde las empresas gerencian sus propios programas de salud o contratan empresas para que los gerencien a partir de sistemas de post-pago. Los sistemas usados actualmente, además de la contratación a terceros, son: la organización de servicios ambulatorios propios, la construcción y operación de hospitales propios, la organización de seguros de salud y la creación de consorcios de empresas para la gestión de sistemas actuariales.

4) *Los seguros de salud propiamente dichos* ofrecen, básicamente, planes de cobertura de riesgos y no ofertan provisión de servicios.

5) *Los Planes de Administración*. Son empresas de salud que gerencian planes de atención en salud.

La participación de las diferentes modalidades en el mercado para el año 1987 fue la siguiente: La medicina de grupo cubre el 61,5% de la población y factura aproximadamente un 54,1%; los planes de autogestión cubren el 19% de la población y facturan 21,6%; las cooperativas médicas cubren el 14,3% de la población y facturan 16,9%; los seguros de salud cubren el 3,3% de la población y facturan 4% y los planes de administración cubren el 1,2% y facturan 1,4%.

Una de las características de la producción de servicios y de los planes ofrecidos por el sector privado de la salud que señala Andreazzi, es su heterogeneidad y la ausencia de integración. La medicina de grupo presenta el mayor índice por usuario. En cuanto a la atención hospitalaria, con excepción de las cooperativas médicas, su utilización es mayor en el sector público que en el sector privado. Sin embargo,

muchas de las hospitalizaciones de los usuarios del seguro privado son atendidas por el sector público, develando así una complementariedad de las prácticas que en algunos casos podría pervertirse, como por ejemplo en el caso de la atención de patologías no cubiertas por el seguro privado, generalmente de alto costo, terminan siendo financiadas por el Estado.

Los estudios realizados a partir de 1987 con el objetivo de evaluar el mercado del seguro de salud privado, muestran que la tendencia hacia su crecimiento se mantiene, pero de forma diferenciada según las distintas modalidades. Así por ejemplo, se observa una paralización del crecimiento de la medicina de grupo. En cambio, se observa una gran expansión en las cooperativas médicas; siendo los seguros de salud los que tienden hacia un crecimiento sostenido tanto en el número de usuarios como en la facturación.

d) Chile

❖ *Descentralización*

El proceso de descentralización de la salud en Chile, iniciado a comienzos de los años ochenta, se inserta en un contexto más amplio de reformas de políticas sociales cuyos ejes centrales fueron la introducción de mecanismos de mercado, de criterios de subsidiariedad del Estado (focalización y privatización), y la descentralización territorial de la atención primaria de salud en el nivel municipal. El origen de esta reforma fue una decisión del nivel central, en un contexto no democrático.

El modelo de descentralización implantado consistió en el traspaso de la administración de los establecimientos y del personal de la salud primaria a la administración municipal, y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel. En forma simultánea y de una sola vez se traspasó la infraestructura y el personal del primer nivel de atención a los municipios, y los hospitales de administración centralizada vía ministerio pasaron a ser administrados por los 26 servicios de salud que se crearon en todo el territorio¹³⁹.

En sus inicios, la municipalización de la atención primaria de la salud avanzó en forma paulatina debido a la presión de los gremios que se resistían a la reforma y a la crisis económica de principios de los años ochenta, que frenó el avance de las reformas estructurales. Por ello se reconocen dos fases, la primera entre 1981 y 1985, durante la cual se transfirió el 20% de los establecimientos, y la segunda, que va desde 1986 a 1989, en la cual se traspasó la casi totalidad de los establecimientos restantes.

La descentralización del sector implicó introducir una diferencia en la modalidad contractual de los funcionarios, dependiendo de la unidad productiva en que se desempeñaban en el momento en que esta tuvo lugar. En efecto, mientras los funcionarios dependientes de los servicios de salud mantuvieron en general su calidad de funcionarios públicos, en el caso de la atención primaria de la salud la transferencia del personal se hizo a través de una modalidad en la cual los funcionarios del sector perdieron su condición de empleados públicos, y con ello perdieron también el régimen laboral de la carrera funcionaria, pasando a regirse por el sistema de los empleados particulares y negociando con los municipios sus condiciones laborales y salarios, de acuerdo a las condiciones específicas de cada localidad. En los últimos años, sin embargo, como resultado de la presión de los gremios y sindicatos del sector, se ha tendido a una recentralización del régimen laboral, dictándose un estatuto por el cual se recentralizan los salarios y las condiciones de empleo.

En cuanto a la función programática, los niveles subnacionales no tienen autonomía; por el contrario, el Ministerio de Salud norma con bastante precisión todo lo que está relacionado con el contenido de la atención primaria de salud.

El financiamiento es fundamentalmente de origen central, pero existen aportes de los municipios que complementan los recursos del nivel central. Este aporte ha sido tradicionalmente interpretado por los

¹³⁹ El director de cada uno de los servicios de salud es nombrado por el Ministerio de Salud.

municipios como un "déficit", dado que su origen radicaría en la insuficiencia de fondos centrales para financiar los gastos de operación de los consultorios. En cierta medida, este déficit refleja una restricción presupuestaria "blanda" que ha absorbido ineficiencias de la gestión local y que luego se ha utilizado como mecanismo de presión para obtener un mayor aporte financiero del nivel central al sector descentralizado¹⁴⁰

En forma simultánea al proceso de descentralización se modificó el esquema de financiamiento de los establecimientos de atención primaria de salud, el que ha estado expuesto a numerosas modificaciones a lo largo del tiempo. Desde 1981 hasta 1994, el sistema de financiamiento pasó a ser una especie de presupuesto histórico, con ciertos grados de discrecionalidad. En un comienzo, se estableció un sistema de reembolso a los consultorios en función del gasto del período anterior valorado conforme a una estructura de aranceles por tipo de prestación, la que desde la partida estaba distorsionada. Esta modalidad de pago retrospectivo alcanzó a durar solo un año ya que rápidamente las cuentas que enfrentaba el Ministerio de Salud sobrepasaban la disponibilidad de recursos. El esquema de financiamiento de la atención primaria de salud se basó desde el principio en el sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipales (FAPEM), el que experimentó a su vez numerosas modificaciones para compatibilizar la eficiencia, contención de costos y la equidad en la atención de salud. Actualmente se está implementando un nuevo sistema de capitación prospectiva, que consiste en el traspaso de recursos a los consultorios según la población inscrita y con probabilidades ciertas de hacer uso de la atención médica, transfiriendo de esta forma al proveedor una parte del riesgo financiero de la atención de salud. Adicionalmente este sistema prospectivo va acompañado de compromisos de gestión, que constituyen un instrumento con el cual la autoridad de salud puede monitorear el funcionamiento y la eficiencia del sistema.

De la revisión del cuadro –que resume el modelo predominante de descentralización de la atención primaria de salud en Chile– se desprende que el grado de descentralización es parcial, en la medida que: los municipios no tienen autonomía sobre el área programática; no hay flexibilidad de gestión, y el municipio se transforma básicamente en un intermediario entre el nivel central y los insumos y profesionales que operan en el nivel local. Sin embargo, el municipio tiene un grado de autonomía importante en lo que se refiere a la contratación del personal vinculado con la atención primaria de salud. Por otra parte, hay señales de recentralización, ya que el nivel central ha procedido a inyectar recursos a través de una modalidad centralizada asumiendo decisiones acerca de diversos aspectos operativos. Con respecto al financiamiento, es cierto que la ejecución de la atención primaria es altamente descentralizada, pero también es cierto que las transferencias de recursos a los municipios no tienen márgenes de discrecionalidad en cuanto a su utilización. Finalmente, la comunidad no cuenta con mecanismos de participación formal que permitan contribuir a la función de control –aunque a nivel informal– en algunas unidades productivas se han creado consejos de desarrollo, que contribuyen al ejercicio de la función de control social. En definitiva, el modelo chileno se identifica predominantemente como un modelo de desconcentración administrativa en los municipios, donde su papel es básicamente de un intermediario que sigue las directivas del nivel central.

¹⁴⁰ CARCIOFI R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*, CEPAL/UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Santiago de Chile.

3.7. El modelo de descentralización de la atención primaria de salud en Chile, a partir de 1981

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)	Norma, dicta y regula	Traspasa recursos a los municipios para gastos de operación y mantenimiento de infraestructura según población inscrita a las unidades de salud Primaria (desde 1994).	Contrata personal dependiente del Ministerio de Salud Negocia salarios, de acuerdo a lo que determina la ley.	Servicios de atención primaria de urgencia, turnos vespertinos, ciertas compras de medicamentos	La autoridad técnica del Ministerio de salud determina el contenido de la actividad del consultorio
NIVEL INTERMEDIO (Servicios de salud a nivel regional) a/	Supervisión, inspección técnica y administrativa, y control de los establecimientos de salud				
GOBIERNO LOCAL Municipios)		Aporte local destinado a complementar los recursos del nivel central	Contrata personal de atención primaria Puede establecer incentivos salariales	Administra la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Consultorios, postas de salud)					
COMUNIDAD					

Fuente: Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996.

a/ Los servicios de salud son dependientes del Ministerio de Salud.

Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica

❖ Privatización

En Chile el proceso de privatización en el sector salud, se da al mismo tiempo que se suceden transformaciones estructurales profundas en las diferentes esferas de la sociedad (Política, social y económica). Las transformaciones ocurridas en la organización del sector salud y específicamente en la estructura previsional, son significativas y se producen como consecuencia de los cambios políticos y económicos.

Scarpaci¹⁴¹ afirma que Chile representa uno de los intentos más radicales dirigidos a dismantelar el sistema público de salud. Al mismo tiempo que es un intento, sin precedentes en la historia de Chile, convirtiéndose en el primero del hemisferio occidental en desarrollar un sistema de seguridad social nacional focalizado hacia la fuerza de trabajo.

¹⁴¹ SCARPACI, Joseph. (1988). "Help-seeking behavior, use and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile". Journal of Health and Social Behavior.

El estudio realizado por Sánchez¹⁴², analiza una experiencia de privatización de un servicio de salud, las *Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)*.

Hasta la década de los sesenta el sector salud era administrado, básicamente por el Servicio Nacional de Salud, de carácter universal y que se financiaba con aporte fiscal y aporte previsional de los empleados, trabajadores y el pago directo de los usuarios.

Ya en la década de los setenta el país presenta una crisis político-social y económica que concluye abruptamente con el período democrático y se inicia la instauración de un régimen de facto. Es a partir de la segunda mitad de los setenta que Chile comienza a adoptar un proceso de ajuste 'de alta intensidad' que conlleva a un cambio en las estrategias de desarrollo económico y social, conocido como un proceso de implantación de una economía social de mercado. A finales de esa misma década, se pone en práctica una experiencia de proyecto piloto de carácter privatizador en el cual ciertas organizaciones privadas se responsabilizan del mantenimiento y desarrollo de la infraestructura hospitalaria estatal.

Ahora bien, después de los resultados, calificados de exitosos, tanto en el ámbito social como económico, en los noventa, el modelo de desarrollo adoptado desde mediados de la década de los setenta empezó a incorporar aspectos orientados a una intervención social del Estado, la cual se manifiesta en la definición de políticas de gasto público dirigidas hacia la educación, salud, vivienda y trabajo.

En cuanto a la modalidad de privatización desarrollada en el Sistema Previsional, denominada comúnmente ISAPRE, cuya base se apoya en los principios de la capitalización individual, en la administración privada, en la libertad de elección y por último, en el establecimiento de un solo sistema previsional para todos los trabajadores del país, excepto para los de las Fuerzas Armadas.

Es importante señalar que desde 1930 hasta 1980 funcionaban los programas médicos llamados Cajas de Previsión, que ofrecían atención médica para cierto tipo de público y para los empleados privados. Era financiado mediante una combinación de los salarios de los empleados y por el empleador. El régimen de Pinochet cambió la regulación en 1980 y tomando a las Cajas de Previsión como prototipo, creó el Instituto de Salud Previsional de libre adhesión¹⁴³.

Hasta 1980, el sector salud público era financiado y administrado por el Estado, el subsector privado de la salud tenía una participación marginal a través de la ejecución de prestaciones de servicios, básicamente, mediante el otorgamiento de prestaciones médicas y seguros de salud para aquéllos que no estaban afiliados al Servicio Nacional de Salud. En este período, la acción del Estado se concentró, principalmente en el Ministerio de Salud desde el cual se formulan y evalúan las políticas sectoriales, los planes y programas de carácter nacional y se supervisa y controla su cumplimiento. Segundo, en el Servicio Nacional de Salud a través del cual el Estado administra la totalidad de los hospitales y centros ambulatorios del país y tercero, en el Servicio Médico Nacional de Empleados a través del cual se organiza y administra el seguro estatal de salud de libre elección. En resumen, el Estado a través de las instituciones anteriormente mencionadas, al mismo tiempo que financia parte del costo de salud, otorga prestaciones para el financiamiento de la salud a la mayoría de los sectores medios y bajos.

Por su parte el sector privado interviene, principalmente, en el campo de la provisión de servicios médicos. Sin embargo, en este mismo período se puede observar que el sector privado desarrolla infraestructura de pequeña escala dirigidas a la atención médica hospitalaria y ambulatoria. Este servicio está orientado a un reducido sector de la población el cual tiene la posibilidad de financiar directamente sus prestaciones.

En la década de los ochenta, se inicia la reestructuración del Ministerio de Salud y la reforma del sistema previsional chileno. El objetivo central de estas reestructuraciones fue el de aumentar la eficacia y eficiencia del sector a través de una estructura en la que se separan las líneas normativas, ejecutoras y

¹⁴² SÁNCHEZ, Héctor. (1991). "Proceso de privatización en el sector salud de Chile". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

¹⁴³ Op. Cit. 142

financieras y se produce una gran descentralización financiera administrativa y técnica en lo referente a la ejecución de la prestación de salud. Como resultado se sucede una clara separación entre las funciones del Estado y las del sector privado. Este último incrementa su participación en las prestaciones de salud. En términos generales, los cambios ocurridos en este período en los dos subsectores, están dirigidos, expresamente, a lograr una adecuación de la estructura y organización del sector público para facilitar el proceso de privatización de los servicios de salud así como también para acelerar los procesos de descentralización.

El incremento de la participación del subsector privado en la prestación de servicios de salud se da, principalmente en tres niveles. El primer nivel es el de la administración del financiamiento y en el desarrollo de sistemas de atención médica privados; el segundo nivel es el de la administración de la estructura ambulatoria estatal y el tercero es el proyecto de administración de hospitales estatales.

El Estado sigue con su función de financiar al Sistema Público de Salud, de definir las políticas y programas y supervisar, controlar y evaluar al sector privado y a las municipalidades. El subsector privado de la salud, además de continuar cumpliendo con las funciones tradicionales que le son propias, se le agrega una más por Ley, la cual es la de canalizar y administrar las cotizaciones obligatorias para la salud de los trabajadores que decidan libremente incorporarse al Sistema Privado de Salud. Como consecuencia de ello surgen las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que canalizan estas cotizaciones y organizan el sistema de prestación médica.

1990 comienza con la reinstauración del régimen democrático en el país. En este período el Estado asume la fiscalización y normatización de la intervención del subsector privado en salud, es decir, interviene activamente en el desarrollo de una política de privatización del sector salud. Por otro lado, se define una estrategia para la recuperación de los niveles del gasto público y en especial el de salud, así como también se desarrollan acciones y mecanismos que conllevan a un esquema de colaboración e integración, en cuanto a la atención de la salud de la población, entre los subsectores público y privado.

El Sistema ISAPRE comienza a funcionar en 1981 y está conformado por empresas privadas que ofrecen a los trabajadores una alternativa distinta a la existente, en cuanto a la atención médica. Los diferentes planes de salud que son ofrecidos tienen un precio que es fijado libremente entre las partes. Es un acto de libre voluntad incorporarse a este tipo de atención médica. Las ISAPRE son autónomas en sus decisiones de incorporar o no a los trabajadores. El sistema posee básicamente, dos mecanismos de selección. Uno de tipo socioeconómico y el otro, constituido por la evaluación del estado de salud del trabajador y del grupo familiar a incorporarse.

Las ISAPRE desde su creación han tenido un crecimiento acelerado pasando por dos períodos. El primero, entre 1981 y 1985, caracterizado por un crecimiento lento. Algunas de las razones que explican este crecimiento lento son: a) la concentración espacial de las ISAPRE en las principales ciudades del país y en las familias con altos ingresos; b) La incorporación restrictiva de las amas de casa y de las embarazadas y la exclusión de pagos por maternidad y permisos pre y post-natal y c) restricciones en cuanto a los tratamientos psiquiátricos y los cuidados odontológicos y hacia las personas sujetas a altos riesgos.

Sin embargo, entre 1985 y 1989, con la creación de la Ley de Salud en 1986, las ISAPRE tuvieron un crecimiento acelerado y sostenido. Algunos los cambios que motivaron este crecimiento fueron, la inclusión de los gastos de maternidad y los pagos de los permisos pre y post-natal. En definitiva, la intervención estatal determinó el crecimiento del número de las ISAPRE de 20 en 1986 a 31 en 1988, con un número de afiliados que alcanzó para 1988 a 1.400.000.

Según los últimos datos, el 80% de las camas de los hospitales de Santiago eran ocupadas por pacientes de las ISAPRE, en la provincia la cifra alcanzaba un 20%. Hoy en día se puede contar con ISAPRE con y sin fines de lucro. Ambas modalidades se incorporan al mercado ISAPRE de médicos, de clínicas que manejan los aspectos relacionados con el riesgo y las prestaciones médicas. En un futuro y como tendencia, señala el autor, por la evolución que está presentando la estructura del costo técnico y de administración y venta, las ISAPRE se convertirán en sistemas abiertos, pertenecientes a accionistas privados, sean éstos particulares o médicos, o grandes complejos previsionales. También el autor prevé la

existencia de un número cada vez mayor de ISAPRE cerradas, ligadas a los sindicatos y las empresas del sector privado.

Finalmente, señala el autor que el proceso de privatización ha afectado al sistema de salud desde una doble perspectiva. Por un lado, subsiste un sistema público de salud financieramente restringido, lo que ocasiona una disminución de la eficiencia y eficacia en cuanto a la ejecución de sus funciones y en cuanto al cumplimiento de metas y objetivos planteados. Por otro lado, se ha desarrollado, paralelamente al proceso anterior, un sistema privado de salud que presenta más recursos per cápita que el otro y que posee una alta tecnología acompañada de una eficiente capacidad de respuesta.

En cuanto a los efectos que el proceso de privatización ha tenido en los diferentes actores, tenemos que el autor hace referencia a tres actores en particular. Ellos son el Estado, quien fue el principal facilitador del proceso, generando políticas específicas que favorecían la incorporación de empresas privadas al sector salud y restringían el gasto fiscal y en especial el gasto de salud, trayendo como una de sus consecuencias, el desplazamiento de importantes sectores de la población hacia la atención médica privada.

El proceso de privatización para los prestadores de servicios de salud institucionales les fue altamente favorable, presentando hoy en día altas tasas de rentabilidad. En el caso de los prestadores individuales y como estos se caracterizan por su heterogeneidad, es de esperar que las consecuencias sean diferentes para cada grupo. Es así que los prestadores médicos del Sistema público de salud se sienten mal remunerados y desarrollando su actividad en un sistema obsoleto y con muchas restricciones de tipo financiero. Lo anterior se traduce en conflictos gremiales constantes.

Ahora bien, los usuarios aceptan el sistema privado de prestación de servicios de salud de forma muy lenta pero progresiva y según algunos estudios, los usuarios reconocen en el subsector privado atribuciones de eficiencia y eficacia pero también reconocen un excesivo fin de lucro.

e) Colombia

❖ Descentralización

La característica que distingue el modelo de descentralización que está siendo aplicado en Colombia de los procesos en curso en otros países de América Latina, es el hecho de que la descentralización forma parte de una reforma integral del sector salud, que afecta no solamente la reorganización institucional de la provisión del servicio sino también la modalidad de su financiamiento, tanto en la provisión como en el aseguramiento. En efecto, el elemento distintivo del caso colombiano es la presencia de un sistema descentralizado de seguridad social en salud, que interrelaciona el aseguramiento con la gestión territorial.

El origen del proceso de descentralización en Colombia es esencialmente político. En el caso específico del sector salud, las motivaciones surgen principalmente del contexto de la descentralización iniciada en 1986, que originó demandas en el nivel local de una mayor autonomía en la gestión de los servicios de salud; de la percepción generalizada de incapacidad de los esquemas centralizados de responder a las crecientes demandas sociales, y de la convicción de que la descentralización de los servicios sociales constituía un instrumento adecuado para el control de las finanzas públicas, al estimular una mayor eficiencia del gasto¹⁴⁴.

El proceso de descentralización de la salud en Colombia ha sido acelerado. En una primera fase, en 1986, se descentralizó la inversión en infraestructura a nivel municipal. En una segunda fase, a partir de la reforma sectorial de 1990, se profundiza el proceso de descentralización asignando a los municipios no

¹⁴⁴ VARGAS J.E. y A. Samiento (1997), "Características de la descentralización colombiana", serie Reforma de política pública, N°49, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

solo la responsabilidad de la inversión, sino también la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud. En esta etapa se sitúa la responsabilidad de la atención de salud de segundo y tercer nivel en el gobierno departamental. La tercera fase se inicia con la Constitución de 1991. En ella se establecen las bases del nuevo sistema de salud, que tiene como elementos centrales la organización descentralizada de los servicios de salud por niveles territoriales y con participación ciudadana, y la obligatoriedad de la seguridad social. Posteriormente, en 1993, se definieron las competencias territoriales en todos los sectores, incluyendo el de salud, y la estructura de su financiamiento, a la vez que se aprobó el nuevo sistema de seguridad social en salud, que entró en vigencia en diciembre de ese año. De esta manera, se establecen las bases del nuevo sistema de salud integrado por la gestión territorial y el aseguramiento, con elementos explícitos en materia de equidad (universalidad del aseguramiento y de las acciones de salud pública) y eficiencia (competencia, participación del sector privado). A grandes rasgos, la responsabilidad de la atención de la enfermedad individual quedó cubierta por el componente de aseguramiento, mientras que la atención colectiva quedó vinculada al componente territorial.

El carácter descentralizado del nuevo sistema de seguridad social se manifiesta en el hecho de que el régimen subsidiado que garantiza la universalidad del aseguramiento al cubrir a las familias sin capacidad de ingresos, es administrado y financiado a través de los municipios. Es de competencia de los municipios, a su vez: a) la identificación de las familias beneficiarias; b) la afiliación de los pobres a una entidad promotora de salud (EPS), y c) la cotización correspondiente a estos casos, a través de un subsidio otorgado por el municipio y complementado por el fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA).

Hay ciertos componentes de las competencias que se descentralizan automáticamente. Pero esta fase de descentralización ha sido gradual, ya que se estableció un mecanismo de certificación mediante el cual los departamentos adquieren plena autonomía de gestión -traspasándoseles las competencias sectoriales- cuando la entidad territorial reúne los requisitos previstos para que pueda asumir las responsabilidades descentralizadas. Algo similar ocurre en el caso de los municipios, los que, aún cuando reciben automáticamente responsabilidades y recursos (transferencias correspondientes a la participación en los ingresos corrientes de la nación), deben acreditar ante el departamento respectivo un conjunto de requisitos para obtener de este su "certificación" de idoneidad y poder así administrar los hospitales del primer nivel y los recursos correspondientes del situado fiscal, tutelados hasta ese momento por el departamento. El proceso ha avanzado más ágilmente en la certificación de departamentos que de municipios, de manera que la descentralización de los servicios de salud, al igual que en educación, es más "departamentalista" que "municipalista", lo cual permite un mejor aprovechamiento de las economías de escala regionales.

El financiamiento de la salud en los diversos entes territoriales está ligado a un complejo sistema de transferencias de recursos desde el nivel central, de recursos propios, cofinanciación, regalías petroleras y créditos. Entre las transferencias centrales, el situado fiscal constituye la fuente más importante de recursos para el departamento, y la participación en los ingresos corrientes de la nación (PICN) para el municipio. Se trata de transferencias con directivas de gasto.

Con respecto a la autonomía, el modelo prevé otorgar tanto al municipio como a los departamentos un alto grado de autonomía en los diversos espacios de decisión: en el área financiera, en la organización de los servicios y en la gestión de recursos humanos, salvo en despidos de personal, materia que está regida por la carrera administrativa. Los hospitales, por su parte, refuerzan su autonomía institucional bajo una modalidad empresarial, pero son de adscripción territorial y quedan obligados a rendir cuentas al departamento o municipio. Se han realizado avances importantes en materia de autonomía en el nivel departamental y moderado en el municipal. En este ámbito, el área donde se han producido menos avances corresponde a la formación de un verdadero mercado de trabajo para el personal del sector salud, pues la adscripción a la carrera administrativa restringe la negociación, rigidiza los niveles salariales, dificulta la entrada y la remoción, e impide el establecimiento de incentivos, en perjuicio de la administración del personal y de los propios trabajadores. Con respecto a los hospitales, a pesar de que existía un plazo hasta junio de 1994 para que éstos se convirtieran en empresas, a diciembre de 1996, a penas la mitad de ellos habían operado esta conversión. El proceso de descentralización colombiano representa, junto con el argentino, uno de los procesos más radicales implementados en la región. Del cuadro siguiente se desprende que el modelo colombiano se aproxima a una *devolución* híbrida, dado que

hay una entrega importante y amplia de competencias a los niveles intermedio y local, acompañada de una transferencia significativa de recursos y autonomía; si bien en materia de recursos existe una alta dependencia del nivel central y en materia de autonomía, al tratarse de un proceso en marcha, subsisten áreas en donde esta es aún limitada. Por ejemplo, sigue lenta la transferencia de recursos del situado fiscal de los departamentos a los municipios para traspasarles la responsabilidad plena de la administración de los recursos humanos. Además, las transferencias se combinan con directivas de asignación que, constituyen restricciones a la autonomía en el uso de los recursos aún cuando en la práctica estas directivas se eluden con facilidad. Por otra parte, se observa un proceso gradual de desconcentración de funciones financieras y administrativas en los hospitales. Finalmente, la participación de la comunidad en la toma de decisiones es moderada, pero el modelo contempla la ampliación de espacios de decisión para la comunidad.

3.8. El modelo de descentralización de la atención primaria de salud en Colombia, a partir de 1990

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)	Formula políticas Dicta normas científico-técnicas y administrativas para la prestación de servicios Evalúa el cumplimiento de las políticas de la ejecución de los recursos Vigila aseguramiento y salud pública	Ayuda financiera a hospitales públicos con déficit Presta asesoría en materia de financiamiento Financia campañas y programas nacionales de prevención y atención Transferencias generales a municipios (PICN) y a departamentos situado fiscal), con directiva de asignación Cofinanciación municipios y departamentos	- Despidos se rigen por carrera administrativa	-Impulsa y coordina campañas y programas nacionales de prevención y atención	Elabora plan nacional
NIVEL INTERMEDIO (Departamentos)	- Realiza la planeación y coordinación de los servicios en su jurisdicción - Asesora y apoya técnica, administrativa y financieramente a los municipios en la ejecución del gasto social - Evalúa, controla y hace seguimiento a la acción municipal - Vigila la calidad de los servicios	Recursos propios Crédito Rentas entregadas a su recaudo y administración	- Fijación de sueldos - Nombramientos - Contrataciones	Coordina y puede proveer servicios de segundo y tercer nivel Contrata servicios que presta a través de hospitales regionales, universitarios y especializados Ejecuta las campañas cuando le son delegadas y garantiza la operación de la red de servicios	Tiene la facultad y la obligación de elaborar los planes de salud, en el marco de las políticas nacionales
GOBIERNO LOCAL (Municipios)	- Atiende salud pública -Planifica, evalúa y controla acciones de salud locales -Regula la operación de aseguramiento - Vigila la calidad de los servicios	- Recursos propios - Crédito	Municipios certificados: Nombramientos Contrataciones Fijación de sueldos todavía teórica)	-Coordina y puede proveer servicio de primer nivel de atención de salud (municipios certificados) -Provee el plan de atención básica	Elabora planes de salud en el marco de políticas nacionales
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales)		Recursos propios y venta de servicios a aseguradores y usuarios(y empresas prestadoras de salud)	Administración parcial empresas prestadoras de salud)	- Deben operar como empresas sociales del Estado	

COMUNIDAD		Copagos y cuotas moderadoras	Participa en juntas directivas de empresas sociales del Estado	Participa en plan local de salud
-----------	--	------------------------------	--	----------------------------------

Fuente: Vargas y Sarmiento, 1997a, c. Nota: Casillero no sombreado significa función teóricamente definida, aún no en práctica.

En síntesis, se trata de un modelo de descentralización acelerada que se caracteriza por ser amplio, considerando el contenido de las competencias traspasadas (provisión y aseguramiento) y los niveles subnacionales involucrados (departamentos, municipios y, en forma más incipiente, unidades de producción); por darse en un marco de profundas e innovadoras reformas del sector tendientes a modificar los mecanismos de asignación de recursos mediante una combinación de subsidios a la demanda y a la oferta, con un importante componente de equidad; y por conceder un significativo grado de autonomía a los niveles subnacionales. La revisión de la experiencia colombiana indica que a pesar de la coherencia interna del modelo, persisten aún problemas de implantación.

f) Nicaragua

❖ Descentralización

La motivación central del proceso de descentralización del sector salud desarrollado en Nicaragua a partir de 1992 está estrechamente relacionada con el propósito de consolidar el nuevo papel del Estado, como encargado de la formulación de políticas y principal responsable del financiamiento de los servicios, pero alejado de la gestión directa de los servicios de salud.

Las motivaciones generales de este proceso son de naturaleza económica e ideológica. Entre las de origen económico están las de mejorar la asignación de recursos humanos, el abastecimiento de los insumos y la calidad de la atención. En el plano ideológico, la descentralización se concibe como un instrumento que permite consolidar la democracia y el proceso de participación social.

El modelo de descentralización de la salud implementado en Nicaragua, que se resume en el cuadro correspondiente consiste en una descentralización con limitaciones de autonomía en materia de financiamiento. Se realiza en el nivel intermedio a través de 17 sistemas locales de atención integral de salud -SILAIS-, que tienen una relación territorial próxima con el nivel de los departamentos. Se trata de un modelo asimilable a una desconcentración en el nivel intermedio de la gestión administrativa correspondiente al manejo de los componentes de gasto variable (bienes y servicios). Existe autonomía sobre las funciones transferidas, aunque en términos presupuestarios, la importancia de dichas funciones es escasa. En este modelo, el papel del municipio no está claramente definido¹⁴⁵.

En efecto, el grado de descentralización presupuestaria es relativamente escaso, alcanzando solamente al 19% de los recursos destinados por el nivel central (correspondientes a fondos asignados para la compra de bienes y servicios), siendo el resto administrado centralmente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas. Cabe destacar que en Nicaragua el presupuesto central constituye una fuente parcial de recursos para el sector salud siendo los recursos extrapresupuestarios provenientes de la cooperación externa y de cuotas de recuperación de costos una fuente importante de financiamiento del sector. En particular, existen numerosos programas de apoyo discrecional a los SILAIS provenientes de distintas fuentes de cooperación externa. De esta manera, es difícil estimar el grado de autonomía efectivo de las unidades descentralizadas, toda vez que se desconoce el monto y la distribución interterritorial de los recursos extrapresupuestarios. Las funciones de financiamiento, administración y contratación de los recursos humanos siguen centralizadas. El presupuesto de cada SILAIS es fijado centralmente por el Ministerio de Salud, y el de este es determinado a su vez por el Ministerio de Finanzas. Las transferencias de recursos a los SILAIS sobre los cuales estos pasaron a tener autonomía de gestión, afectaban a los servicios no personales, materiales y suministros. Los volúmenes de recursos transferidos dependen del

¹⁴⁵ ESPINOSA, J. (1997), "Nicaragua: Descentralización de los servicios de salud", serie Reforma de política pública, n°55, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

presupuesto del nivel central; vale decir, no existen mecanismos automáticos de traspaso de recursos. La importancia de los recursos descentralizados es escasa, representando solamente el 19% de los recursos presupuestarios. El grueso del financiamiento, correspondiente a los servicios personales, es administrado centralmente por el Ministerio de Finanzas. Sin embargo, debe considerarse que aparte de los recursos descentralizados existen recursos de cooperación externa y la recuperación de costos por venta de servicios al Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social, que no tienen una contrapartida presupuestaria.

Por otra parte, la descentralización ha ido acompañada por importantes cambios en los mecanismos de asignación de recursos. En esta materia, se estableció un sistema de contrato denominado "compromiso de gestión", en el cual se especificaban metas deseables en materia de productividad y satisfacción de los usuarios, y en salud pública de los SILAIS y hospitales de referencia nacional. Este mecanismo solo tuvo aplicación en 1994 y 1995. En 1995 se introdujo una regla de distribución presupuestaria basada en el sistema per cápita corregido por un índice que recoge el estado de salud de la población, las características epidemiológicas, la prevención de salud y la accesibilidad al servicio. Sin embargo, la aplicación de esta modalidad estuvo fuertemente restringida por la necesidad de consensuar con los directores de los SILAIS la mantención de los presupuestos nominales, en aquellos casos en que el cambio de sistema perjudicara al SILAIS, y porque las transferencias de recursos son reducidas.

En cuanto a la participación, el modelo diseñado consideró como estrategia de reforma la democratización de la gestión de los SILAIS y la ampliación de la base de participación del sector salud mediante la creación de organismos participativos de la comunidad, tanto a nivel nacional, como local. Se crearon diversas organizaciones de participación: consejo nacional de salud y consejos locales de salud, y juntas directivas en todos los SILAIS y hospitales de referencia nacional.

El consejo nacional de salud constituye un instrumento de participación para la coordinación, vale decir, apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas. También se crearon los consejos locales de salud, que actúan como entes coordinadores a nivel departamental. La responsabilidad general de las juntas directivas atañe a la gestión, a la definición de los planes y programas de trabajo de los SILAIS y hospitales respectivos, así como a la observación y evaluación de su cumplimiento. En la práctica, la eficacia de estas juntas directivas ha resultado irregular, generándose en algunos casos demandas de mayor autonomía de parte de las autoridades de los SILAIS y hospitales.

En síntesis, se trata de un modelo de desconcentración, con autonomía en el manejo de funciones muy específicas y con un grado relativamente alto de participación comunitaria. A pesar de que el proceso de implementación de los SILAIS fue relativamente rápido, el componente de municipalización de los servicios de salud ha sido lento y sin una agenda claramente definida. En lo que respecta a competencias, se trata de una descentralización muy parcial dado que solamente se descentralizó la gestión vinculada al gasto variable; es decir, no se descentralizó ni el personal ni las inversiones. Por otra parte, la ejecución del gasto permanece fuertemente centralizada y solo algunos de los SILAIS definen el paquete de servicios que ofrecen, y tienen cierta autonomía para asignar los recursos.

3.9. El modelo de descentralización de la atención primaria de salud en Nicaragua, a partir de 1992

AREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL Ministerio de Salud, y Ministerio de Finanzas en materia presupuestaria)	Provee asistencia técnica al SILAIS Garantiza integridad del sistema nacional de salud Norma, regula, monitorea y evalúa Formula política sectorial nacional Coordina el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional	Presupuesto centralizado en Ministerio de Finanzas Transferencia del 19% del presupuesto central a los SILAIS, correspondiente a bienes y servicios	Ministerio de Finanzas aprueba contratación y administra el pago de salarios Ministerio de Salud es responsable de la contratación	-Adquisición y distribución de insumos -Nombra directores de SILAIS, hospitales y centros especializados, miembros de la Junta hospitalaria y los consejos departamentales de los SILAIS	Definición de programas básicos y estrategias sectoriales
NIVEL INTERMEDIO (SILAIS) a/	- Observa y evalúa la ejecución de los planes y programas de trabajo en su nivel territorial - Coordina a nivel territorial los sistemas de vigilancia epidemiológica	- Ingresos propios de la venta de servicios diferenciados (al INSS)	Responsable de las contrataciones junto con el Ministerio de Salud	Provisión del servicio dentro de su territorio (ejecución de las políticas del SILAIS) Coordina con el sector privado y cooperación externa la prestación de salud en su espacio Recolecta información	Solo algunos SILAIS: Planificación de acciones de salud y saneamiento en su territorio
GOBIERNO LOCAL (Municipios)				Preservación del medio ambiente	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales, poli-clínicos, centros de salud)	Observa y evalúa la ejecución de los planes y programas de trabajo en su nivel	Recuperación de costos aunque es marginal)		Ejecución de programas Generación de información	
COMUNIDAD consejo nacional de salud b/; consejos de salud departamentales; consejos de salud municipales y consejos de dirección de hospitales. Son todos órganos consultivos)	Consejo nacional de salud apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas Junta directiva participa en la definición final de los planes y programas de trabajo de los SILAIS además evalúa su ejecución Junta directiva participa en la definición final de los planes y programas de trabajo del hospital además evalúa su ejecución	Copago	- Nombra autoridades de salud (directores de SILAIS y hospitales)	Ejecución de programas Generación de información	- Aprueba el plan de salud y programas de servicios según perfil epidemiológico - Junta directiva apoya en materia de planificación programática de los SILAIS y hospitales de referencia nacional

Fuente: Espinosa, 1997

a/ Los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud -SILAIS- tienen una representación que corresponde aproximadamente a los departamentos. b/ Integrado por Miembros de la sociedad civil, representativos de las organizaciones, instituciones civiles, gremios, sindicatos de trabajadores de la salud, universidades, comisión de salud de la Asamblea Nacional, empresa privada.

Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

g) México¹⁴⁶

La descentralización de los servicios de salud en México se inicia a comienzos de la década de 1980. Este proceso tuvo su origen en el nivel central y estuvo motivado por consideraciones políticas, fiscales y administrativas. En el plano político, la descentralización es una respuesta a las demandas acumuladas de los gobiernos estatales por una mayor descentralización del poder político. En el plano fiscal, es un intento de reducir las presiones sobre el presupuesto federal en un contexto de inestabilidad económica y fuertes desequilibrios fiscales. Finalmente, la descentralización estuvo motivada por la necesidad de racionalizar la oferta y mejorar la gestión al interior de las unidades locales.

El proceso de descentralización, iniciado en 1983, se caracterizó por su gradualidad y adicionalmente por su limitada cobertura nacional. Fue un proceso gradual, porque los estados seleccionados para participar de la reforma en un primer momento fueron aquellos que disponían de buena cobertura y bajos costos de homologación salarial, y porque en una primera instancia se descentralizaron las facultades operativas pero no los recursos, los que serían descentralizados solamente una vez generadas las capacidades locales para el manejo presupuestario. Por su parte, el carácter parcial del proceso de descentralización se refleja en el hecho de que, a pesar de que inicialmente se pretendía descentralizar todos los estados, hacia fines de 1987 solamente 14 de los 31 estados se habían incorporado al proceso¹⁴⁷.

En la práctica, en 1995, del presupuesto federal asignado a los estados solamente el 21.9% de los recursos eran manejados por estos, siendo el resto dispuesto centralmente¹⁴⁸.

El presupuesto descentralizado para los estados no incorporados al proceso era del 21% de los recursos percibidos por ellos; el 79% restante lo administraba la Federación. En el caso de los estados descentralizados era el 23.9% o sea, la descentralización de los recursos alcanzó solamente al 2.9% del presupuesto.

El modelo aplicado en México en este período, descrito en el cuadro más abajo, fue uno de descentralización en el nivel intermedio, que careció de elementos explícitos de municipalización de los servicios y que no consideró tampoco una autonomía efectiva de los establecimientos proveedores. La autonomía de los estados en el manejo de los recursos se limitó a los gastos financiados con recursos propios, los que eran bajos. Además, hubo limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales.

Finalmente, el modelo no incorporó mecanismos efectivos de participación de la comunidad.

Por todos los antecedentes anteriores, el modelo mexicano de comienzos de los años ochenta puede ser tipificado como uno de desconcentración administrativa en el nivel intermedio.

A mediados de la década del 90 se inicia en México un proceso de descentralización de segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político, se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública¹⁴⁹. La motivación sectorial está estrechamente relacionada con la necesidad de superar la ineficiencia del sector, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de salud. La población objetivo es la población abierta esto es, aquella que es incapaz de pagar servicios privados y no está cubierta por alguna institución de seguridad social.

¹⁴⁶ Se esbozaran las características más importantes, mismas que serán analizadas con mayor detalle en el próximo apartado.

¹⁴⁷ **CARDOZO** Brum, M. (1993), "La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", *Gestión y política pública*, vol. 2, N° 2, julio-diciembre.

¹⁴⁸ **BONILLA**, J. (1996), "Descentralización de la Secretaría de Salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.

¹⁴⁹ **DE LA FUENTE**, J. R. (1996), "Federalismo y descentralización del sector salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.

El modelo teórico que se intenta implantar en este período, a partir del Acuerdo de 1996, contiene elementos que permiten caracterizarlo como un modelo de *devolución* híbrida de facultades a los estados, a pesar del grado de autonomía relativamente limitado que prevé otorgar en el área de recursos humanos. Elemento, este, más bien característico de un modelo principal/agente estándar.

A diferencia de la primera experiencia, el proceso correspondiente a esta segunda fase iniciado en agosto de 1996, y que aún está en marcha¹⁵⁰ fue rápido y abarca todos los estados de la república. En materia de competencias, la descentralización de los servicios de salud contempla tanto el área financiera como el área programática. Como en la experiencia anterior, no hay indicaciones explícitas respecto de avanzar hacia el nivel municipal, quedando la profundización del proceso –al igual que en Argentina– sujeta a la iniciativa y voluntad política del nivel intermedio.

En la nueva fase, que se inicia con la firma del Acuerdo del 20 de agosto de 1996, hay diferencias significativas con el modelo anterior en diversos aspectos. En primer lugar, el proceso abarca el conjunto de la república, los procedimientos son más explícitos, se ha logrado superar las resistencias de las fuerzas que se oponían a la descentralización, y se comprometen en forma simultánea la transferencia de recursos y responsabilidades. Además, y a diferencia también del proceso anterior que definía los propósitos pero no precisaba las competencias y responsabilidades de las partes involucradas, el nuevo modelo parte de especificaciones claras al respecto e introduce organismos de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno¹⁵¹.

En síntesis, es posible caracterizar el nuevo modelo de descentralización que se instaura a partir de 1996 como uno de *devolución* híbrida en el nivel intermedio, en el cual se transfieren recursos y responsabilidades a los estados. En este esquema hay un traspaso importante del poder de decisión en diversas áreas. Por otra parte, el nuevo modelo implica todavía una fuerte dependencia del poder central en materia de recursos financieros.

¹⁵⁰ En la práctica está pendiente la transferencia de un 20% de recursos, aproximadamente.

¹⁵¹ NARRO, J. (1996), "Modelo de atención a la salud para población abierta", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.

3.10. El modelo de descentralización de la atención primaria de salud en México, a partir de 1983

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL Secretaría Salud) de	Funciones normativas y rectoras.	Autoriza y proporciona el financiamiento federal de tipo general y específico, que se complementa con las aportaciones estatales.	Contrata dotación de personal cada cinco años.	Define de medicame ntos	Define programa nacional de salud
NIVEL INTERMEDIO (14 de 31 estados)	Dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente	Recursos propios	En 1994 se desconcentró la contratación de los mandos medios y el pago del personal en los Estados descentralizados.	Opera y administra la atención médica a la población abierta (población no asegurada) , la salud pública y el control sanitario Se transfiere en uso gratuito la infraestruc tura federal de los servicios propiedad queda en el nivel federal)	
GOBIERNO LOCAL (Municipios)					
UNIDAD DE PRODUCCIÓN					
COMUNIDAD					

Fuente: Cardozo Brum, 1993.

Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

3.11. El modelo de descentralización de la atención primaria de salud en México, a partir de 1996

ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACION		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
INSTITUCIONES					
GOBIERNO CENTRAL Secretaría de Salud)	-Dicta normas en materia de salubridad general -Define y dirige políticas, estrategias y programas nacionales de salud -Supervisa y evalúa -Coordina el sistema nacional de salud	Planeación presupuestaria. Financiamiento del 100% del paquete básico de salud Establece pautas presupuestarias y financieras para la operación de la estructura administrativa a cargo de los servicios estatales de salud	-Revisa las plantas de personal y los sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estatales propongan, los que somete para su aprobación a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público	Opera el sistema nacional de vigilancia epidemiológica	Define programa nacional de salud
NIVEL INTERMEDIO (Gobiernos estatales, servicios estatales de salud)	-Control y vigilancia sanitarios (en coordinación con el gobierno federal) -Regulación sanitaria en materia de salubridad local y general concurrente	Apoya la formulación de los programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa encargada de los servicios estatales de salud	Propone modificaciones de puestos y sueldos Formula e implementa los programas de formación y desarrollo de recursos humanos Se encarga de las relaciones laborales	Manejo de los servicios de atención materno infantil, y planificación familiar Operación y administración de los recursos en las localidades y del paquete básico de salud.	- Define el contenido del paquete básico de salud y el programa estatal de salud
GOBIERNO LOCAL Jurisdicción Sanitaria a/)	-Vigila el cumplimiento de legislación sanitaria -Efectúa el control y fomento sanitario en el ámbito de su competencia		Administra los recursos humanos a su cargo	- Responsable de la atención y promoción de los servicios de salud - Elabora y ejecuta programas de ampliación de infraestructura y gestiona la asignación de recursos	-Elabora el diagnóstico jurisdiccional de salud en el ámbito de su responsabilidad
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros de salud)		Recursos propios			
COMUNIDAD		Copago			

Fuente: Narro, 1996;

a/ Es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por territorio, que depende del nivel estatal.

Nota: Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

❖ Privatización

Laurell y Ortega¹⁵² señalan características comunes a la mayoría de los países de la Región como son las consecuencias del impacto de la crisis y la puesta en marcha de una política neoliberal en todos los sectores de la sociedad lo que ha tenido como una de sus consecuencia recortes drásticos del gasto fiscal y en específico, del gasto social del Estado, generando la descapitalización de los servicios públicos, en especial los de educación y salud.

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

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

El sector salud mexicano en general está dividido en tres subsectores, el paraestatal de seguridad social, el estatal público y el privado. Estos subsectores atienden a diferentes grupos poblacionales. El subsector de prestación de servicios públicos se encuentra hoy en día en proceso de descentralización y se financia con impuestos y cuotas pagadas al momento del uso del servicio. El subsector privado se financia con el pago por el servicio y éste es de acceso abierto para quien pueda pagarlo. Las autoras señalan que la proporción de la población que acude a este servicio está, dependiendo de la fuente de información, entre el 4 y el 20% (según fuentes oficiales) o entre el 30 y el 38% (según las encuestas de uso del servicio).

El subsector privado de la salud en México ha crecido paralelamente al público. Sin embargo, y a pesar de ello, no hay información suficiente y la que hay es muchas veces contradictoria. El sector privado proporciona todo tipo de servicios, desde la consulta externa hasta la atención hospitalaria de tercer nivel.

Las autoras elaboran una caracterización de los distintos grupos de población que son atendidos por el subsector privado de la salud. En primer lugar, están los grupos que disponen de recursos necesarios para pagar los servicios de alta complejidad y que tienen un seguro médico privado. Este grupo representa un 9% de la población. Un segundo grupo, compuesto por los derechohabientes de las instituciones de la seguridad social. Este grupo utiliza la consulta externa privada. Un tercer grupo sería la población con bajos ingresos y sin seguridad social que representa un 30% de la población total. Por último, estaría la población de extrema pobreza y que representa el 20% del total de la población general y que no tiene cobertura de servicios. Los datos anteriores revelan que aproximadamente un 50% de la población mexicana no acude a ningún tipo de servicio de salud o no tiene atención de salud del todo.

La ubicación geográfica de los servicios privados está localizada, en su mayoría, en los centros urbanos con mayor concentración industrial y por ende más desarrollados. Por otra parte, los servicios médicos localizados en los pueblos y zonas geográficas de baja densidad poblacional, bien comunicados y de carácter rural en su mayoría presentan altos grados de precariedad.

¹⁵² LAURELL, Asa Cristina y Ortega, María Elena. (1991). "El proceso de privatización en salud. El caso de México". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

3.3.2. Análisis comparativo

❖ Descentralización

La revisión de las experiencias de descentralización de la salud en América Latina indica que estas muestran una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del modelo implantado. Sin embargo, a pesar de estas diferencias existen algunos elementos comunes entre los distintos países, los que se examinan a continuación.

En la mayoría de los países, los procesos de descentralización del sector salud han sido impulsados desde el nivel central y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales. Como se observa en el cuadro, las motivaciones predominantes de los procesos de descentralización de la salud han sido de naturaleza económica y política. Entre las primeras, la búsqueda de una mayor eficiencia técnica en la provisión del servicio ha sido la principal motivación. Respecto de las motivaciones políticas, han predominado aquellas vinculadas a los objetivos de legitimación política, los cambios en la distribución del poder político, y las crecientes demandas de democratización.

3.12. Motivaciones de los procesos de Descentralización de la Salud

	ECONOMICAS			POLITICAS				OTRAS
	Eficiencia técnica	Movilización de recursos	Ajuste fiscal	Legitimación política	Redistribución del poder político	Democratización	Control de situaciones conflictivas	
ARGENTINA								
BOLIVIA								
BRASIL								
CHILE								
COLOMBIA								
MEXICO (1983)								
MEXICO (1996)								
NICARAGUA								

Fuente: elaborado a partir de Montoya 1997, Ruiz y Mier y Giussana 1997, Draibe 1998, Carcioti, Cetrángolo y Larrañaga 1996, Vargas y Sarmiento 1997; Cardozo Brum 1993, Narro 1997. a) Unificación del Sistema de Salud.

En lo que concierne a la secuencia y gradualidad de los procesos de descentralización de la salud en América Latina, se observa una variedad de patrones. Por ejemplo, en algunos casos la descentralización ha sido una imposición (Bolivia y Chile) en la cual mediante una ley y las reglamentaciones respectivas se descentralizan de una vez las competencias en todos los niveles subnacionales, mientras que en otros casos las jurisdicciones participan de un proceso gradual en el cual la descentralización se aplica selectivamente a algunas de ellas en función del cumplimiento de determinados requisitos o bien en esquemas opcionales o no obligatorios (México, 1983). Por otra parte, en algunos países, las competencias se traspasan de una vez a los entes subnacionales (Argentina, Bolivia, Chile, México), mientras en otros existe un proceso de certificación gradual que determina una profundización de las competencias traspasadas (Brasil y Colombia).

3.13. Secuencia y velocidad de los procesos de descentralización de la Salud

	Por Nivel	Por competencia	Por área geográfica
ARGENTINA	Dos etapas de descentralización en las provincias (desde 1955, y luego desde 1978) alguna municipalización y descentralización hacia el centro productor (hospitales autogestionados).	Traspaso amplio y rápido de competencias de diseño y regulación, administrativas y programáticas a las provincias.	Gradual hasta 1992. Se completa en 1992 en todas las provincias en un Proceso de carácter no voluntario. Proceso rápido a partir de 1992.
BOLIVIA	1994: Descentralización de la provisión A nivel municipal. 1995: Delegación de responsabilidades a departamentos.	Competencias compartidas, definidas y asignadas al comienzo del proceso.	No hay requisitos. Reforma rápida (3 años), pero aún en proceso. Normas se aplican de una vez a todos los departamentos y municipios.
BRASIL	Descentralización implica transferencia de competencias al nivel estadual (papel estratégico) y municipal.	Competencias compartidas, definidas y asignadas al comienzo del proceso.	No hay requisitos. Reforma rápida (3 años), pero aún en proceso. Normas se aplican de una vez a todos los departamentos y municipios.
CHILE	Descentralización implica transferencia de competencias al nivel estadual (papel estratégico) y municipal.	Gestión de los servicios traspasada de una vez con la firma de los convenios de descentralización.	El proceso procede lentamente por área entre 1981 y 1989 para llegar a una cobertura total de los municipios.
COLOMBIA	Atención de primer nivel a los municipios, y atención de segundo y tercer nivel a los departamentos.	Competencias se profundizan con el proceso de certificación.	El proceso procede lentamente por área entre 1981 y 1989 para llegar a una cobertura total de los municipios.
MEXICO (1983-1995)	Atención de primer nivel a los municipios, y atención de segundo y tercer nivel a los departamentos.	Gestión de los servicios traspasada de una vez.	Proceso lento. Entre 1983 y 1995 cobertura parcial (solo 14 de los 31 estados). Los estados fueron seleccionados. Los estados, a su vez, podían aceptar o no la transferencia.
MEXICO (1996)	Descentralización en los estados. No hay indicación explícita respecto a la municipalización.	Competencias definidas y asignadas al comienzo del proceso.	Rápido. No hay requisitos. Todos los Estados. 1996 fue un año de transición en el cual el nivel central conjuntamente con los estados definió asignación de los presupuestos estatales.
NICARAGUA	Descentralización en los estados. No hay indicación explícita respecto a la municipalización.	Descentralización de la gestión vinculada al gasto variable efectuada entre 1993 y 1995.	Rápido. No hay requisitos. Todos los Estados. 1996 fue un año de transición en el cual el nivel central conjuntamente con los estados definió asignación de los presupuestos estatales.

Fuente: elaborado a partir de Montoya 1997, Ruiz y Mier y Giussana 1997, Draibe 1998, Carcioti, Cetrángolo y Larrañaga 1996, Vargas y Sarmiento 1997; Cardozo Brum 1993, Narro 1997. a/ Unificación del Sistema de Salud.

De acuerdo a la experiencia de los países seleccionados, el cuadro resume los modelos predominantes de descentralización de la salud según el grado de autonomía traspasado sobre el conjunto de las funciones, los niveles involucrados y la existencia o no de instancias de participación de la comunidad.

3.14. Modelos de Descentralización de la Atención primaria de Salud en los países seleccionados

Países	Desconcentració			Principal/Agente			Devolución			Órganos de participación de la comunidad
	n									
	I	L	U	I	L	U	I	L	U	
ARGENTINA							H		H	NO
BOLIVIA										SI
BRASIL								H		SI
CHILE										NO
COLOMBIA a/								H		Incipiente
MEXICO (1983)										NO
MEXICO (1996)							H			NO
NICARAGUA										Medio/En aumento

Fuente: Elaboración a partir de Montoya 1997, Ruiz y Mier y Giussana 1997, Dralbe 1998, Carcioti, Cetrángolo y Larrañaga 1996, Vargas y Sarmiento 1997; Cardozo Brum 1993, Narro 1997. a/ Unificación del Sistema de Salud.

I = Nivel intermedio (provincia, estado o departamento)

L = Nivel local (municipios)

U = Unidad de producción (centros de salud, postas u hospitales)

H = Modelo híbrido

a/ El modelo contempla una descentralización del segundo y tercer nivel de atención de salud en los departamentos y una descentralización del nivel primario de atención en los municipios.

Como se advierte en este cuadro, sobresale la heterogeneidad de las experiencias en cuanto a la autonomía entregada y los niveles involucrados en el proceso. La experiencia de los países analizados sugiere que no existe un modelo único de descentralización de la atención primaria de salud en la región, sino que existen experiencias individuales en donde la única tendencia común a todos los países que es posible apreciar es el reforzamiento de la función reguladora, normativa y definidora del nivel central respecto a la política nacional de salud, y la tendencia a descentralizar la gestión relacionada con la provisión de los servicios de atención de salud en los niveles subnacionales. En cuanto a los niveles involucrados, se observa que los modelos implementados comprenden principalmente los niveles intermedios y locales, y que el traspaso de responsabilidades al nivel de la unidad productiva solamente se ha incorporado en forma explícita y profunda en Argentina, con el modelo de autonomía hospitalaria, aunque aparece en forma incipiente en Colombia con la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado.

En el caso de los países seleccionados en este estudio, se observa que en general los países federales tienden a implantar modelos de descentralización más profundos, que se asemejan a modelos de *devolución*, mientras que los unitarios han tendido a implantar modelos menos radicales tipo principal/agente o de desconcentración. Las excepciones son Colombia, cuyo proceso de descentralización comprende una importante transferencia de recursos y de poder de decisión a las unidades subnacionales, constituyendo de esa forma un modelo más parecido a una *devolución*, y el caso de México en el cual la descentralización del período 1983- 1995, En el caso de la salud, indica solamente la existencia o no de órganos de participación, siendo difícil evaluar el grado de participación. 1995 tuvo el carácter de desconcentración parcial en el nivel intermedio. Sin embargo, este carácter se ha modificado con el fin de transferir un mayor grado de autonomía y responsabilidades al nivel estatal, tendiendo a configurar, teóricamente, un modelo de *devolución*.

En el caso de los modelos de *devolución*, se trata siempre de situaciones híbridas. El factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales lo constituye el excesivo grado de dependencia de los recursos del nivel central que caracteriza a todos los países, independientemente del grado de descentralización de la ejecución presupuestaria que, como aparece en el cuadro siguiente, varía entre países. Además, en algunos casos de *devolución* siguen existiendo restricciones de autonomía en el manejo de los recursos humanos. El caso más puro de *devolución* dentro de los analizados es el argentino, donde, si bien el gasto en salud que es mayoritariamente ejecutado por el nivel provincial se financia con recursos provenientes del nivel central, la naturaleza de ese financiamiento es de libre

disponibilidad para las provincias y existe autonomía total en el manejo de los recursos humanos. En el caso colombiano, si bien los niveles subnacionales gozan de una amplia autonomía en el manejo de los recursos, el diseño de las transferencias del sector salud contempla diversas especificaciones relativas al uso general de estos recursos y también existen restricciones en el manejo de los recursos humanos.

En general, en todos los países, excepto en Argentina y en Brasil, los recursos humanos constituyen el área que se mantiene relativamente más centralizada. En gran parte, ello obedece al régimen de carrera administrativa al cual están sujetos los funcionarios del sector.

Finalmente, cabe destacar que no existe entre los diferentes tipos de modelos, un patrón determinado en relación con la participación de la comunidad, pero en general la participación de ésta en el proceso de provisión, control o definición de políticas de salud, es deficiente.

Existen, no obstante, casos donde al menos se han realizado esfuerzos de creación de organismos de participación como en Bolivia, Brasil y Nicaragua.

	Distribución territorial del financiamiento del GPS a/			3.15. Naturaleza de las transferencias y criterios de asignación
	NC	NI	NL	
Argentina desde 1978	15	76	9 (1995)	Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas por ley
Bolivia (a partir de 1994)	12	62	26 b/	Transferencias específicas del TGN a departamentos, con directivas de asignación para gasto corriente. Transferencias generales vía coparticipación de impuestos asignadas según población. Desde 1996, los recursos destinados a los municipios tienen una directiva de asignación (el 85% para inversión).
Brasil (a partir de 1990)	52)	33	15 (1990) c/	Transferencias generales vía coparticipación de impuestos asignadas según criterios de negociación y de equidad. Transferencias federales de recursos del presupuesto de seguridad social a salud, asignadas según perfil epidemiológico, desempeño y características de los servicios, y otras variables. En la práctica, como remuneración por compra de servicios.
Chile a partir de 1981	90	-	10 d/ (1991)	Transferencias específicas, asignadas según atención prestada y sujetas a techos que aseguran correspondencia con la disponibilidad agregada de recursos. Desde 1994, se asignan según población inscrita en los consultorios. Existen también transferencias cruzadas redistributivas entre municipios (a través del fondo común municipal).
Colombia (a partir de 1990)	17	69	14 (1996)	Transferencias generales a departamentos (situado fiscal), con directivas de asignación para salud (25%) y educación (75%), asignadas según gasto histórico, población y esfuerzo fiscal. En la práctica, según gasto histórico. Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, a municipios, con directivas de asignación para los sectores sociales, (salud, 25%), asignadas según gasto histórico, indicadores de pobreza relativa local, esfuerzo fiscal y eficiencia administrativa.
México partir de 1983	78 43	22 e/ 57/ f	- -	Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas según población y recaudación histórica. Transferencias específicas asignadas en función de dos grandes variables: índice de marginación (pobreza) y tasa de mortalidad estandarizada, a partir de 1996. Antes, eran asignadas según gasto histórico.
Nicaragua (a partir de 1992)	81	19 (1996) g/	-	Transferencias específicas asignadas según metas de productividad y de satisfacción de los usuarios hasta 1994/1995, y según población con correcciones por un índice que recoge el estado de salud de la población, las características epidemiológicas y otras variables a partir de 1995.

Fuente: Elaboración a partir de Montoya 1997, Ruiz y Mier y Giessana 1997, Draibe 1998, Carcioli, Cebalga y Larralaga 1996, Vargas y Sarmiento 1997, Cardozo Brum 1993, Hano 1997. a/ Utilización del Sistema de Salud.

b/ Después de las transferencias intergubernamentales. GPS = Gasto público en salud; NC = Nivel central (gobierno central o federal); NI = Nivel intermedio (estados, provincias, departamentos); NL = Nivel local (municipios). h/ 1996. Solamente se considera la distribución del presupuesto del nivel central. c/ A partir de 1993, con el nuevo empuje a la descentralización, se ha profundizado el grado de descentralización de la ejecución presupuestaria. d/ La descentralización se ha limitado a actividades de atención primaria ejecutadas en consultorios y postas de salud. e/ 1995. Datos antes de la reforma de 1996. Solamente se considera la distribución del presupuesto federal. El escaso grado de descentralización presupuestaria se debe a la limitada extensión geográfica del proceso y a la persistencia de un grado de centralización en la contratación de los recursos humanos. f/ 1996. Después de la reforma. Solamente se considera la distribución del presupuesto federal. Descentralización presupuestaria todavía en curso. g/ Solamente se considera la distribución del presupuesto central, sin considerar los aportes de los SILAIS. El limitado grado de descentralización presupuestaria se debe a que solo se han descentralizado rubros de gasto corriente, no de personal.

❖ *Privatización*

Los estudios de caso evidencian que los procesos de privatización de los servicios de atención en salud constituyen una tendencia reciente en América Latina y el Caribe. Tendencia que se presenta como consecuencia del deterioro de la calidad de los servicios prestados, de la inequidad en cuanto a su acceso, de la utilización deficiente de los recursos humanos y financieros, de los costos crecientes necesarios para la actualización y mantenimiento de los equipos, y de la ineficiencia e ineficacia de los diferentes organismos e instituciones del Estado responsables de velar por la salud de la población.

Las experiencias estudiadas, unidas a otras, no permiten evaluar los resultados de estos procesos pero de ellas se puede inferir que la privatización en general no actúa de manera tal que logre una eficiente asignación de los recursos a través de una economía de mercado. Es necesario complementar este proceso con otras medidas de orden macroeconómico y especialmente de política social que podrían influir en el éxito de la puesta en práctica de los procesos privatizadores

Muy resumidamente, el objetivo principal de los estudios de casos fue el de presentar información sobre las diversas modalidades de privatización que se están llevando a cabo en los servicios de salud.

Por otro lado, la caracterización de los diferentes procesos de privatización, pertenecen a las modalidades denominadas formales, en sus diferentes expresiones. Así tenemos que en la transferencia de servicios u operaciones de un organismo público a una organización privada están, por ejemplo las instituciones de Medicina de Grupo (Brasil), que fueron definidas como la transferencia de la prestación de servicios al sector privado, este último se hace responsable de la mayor parte del financiamiento y administración de los mismos.

El caso específico de las ISAPRE en Chile, representa la transferencia de los servicios de la seguridad social al sector privado. Esta es una de las primeras experiencias de transferencia debido, principalmente, a que los procesos de ajuste macroeconómico y otros cambios socioeconómicos afectaron negativamente y con cierta particularidad al sistema de la seguridad social, por ser este sector el más sensible a estos cambios dentro del área de lo social y de la salud en particular. Como pudo apreciarse en las modalidades de privatización seleccionadas, hubo un peso hacia el estudio de los cambios en el sistema de la seguridad social (Argentina y Brasil).

En las modalidades anteriores se libera la demanda de, principalmente, la población trabajadora vinculada al sector formal. Ello trae como consecuencia la reducción de la participación del Estado en las empresas con capital social.

En cuanto a la venta de activos, la modalidad característica sería la venta de hospitales pero actualmente no se conocen experiencias concretas. Argentina ha discutido la posibilidad de privatizar la gerencia en los hospitales. Este país ha intentado hacer efectiva la privatización de la gestión en los hospitales públicos, aprovechando la coyuntura de los procesos descentralizadores que se han venido adelantando, ello incluiría la posibilidad de facturar y cobrar por los servicios prestados a los diferentes beneficiarios, pero en la actualidad no se conocen resultados que permitan evaluar esta experiencia.

Con la modalidad de la compra y contratación de servicios también se libera la demanda y el usuario está en libertad de escoger su médico lo que contribuye, por un lado, a mejorar la calidad del servicio. Pero, por otro lado, ello también contribuye a informalizar progresivamente la fuerza de trabajo médica).

La contratación de servicios auxiliares trae consigo, en la mayoría de los casos, el pago de tarifas con lo cual el financiamiento se traslada a las familias. Esta modalidad se está promoviendo en los servicios de la Seguridad Social en países como Chile y Argentina. Se presentan básicamente dos tipos de pagos, pago por servicios y pago por honorarios médicos. El primero comprende el pago por servicios de laboratorio, exámenes de diferentes tipos, rayos X, etc. Ello disimula los efectos de la desinversión del sector público, particularmente en alta tecnología de diagnóstico, y reduce, en general, el gasto del sector público. Por otro lado, promueve la organización en esa área, específicamente de la pequeña y mediana empresa. El segundo, son los pagos que se efectúan por los servicios médicos propiamente dichos.

En cuanto a la modalidad de contratación de servicios auxiliares, si bien esta práctica se ha venido ejerciendo desde hace algún tiempo en países como Argentina y Brasil, ésta ha sido dirigida a contratación de servicios médicos. En cuanto a la compra de servicios de manutención y servicios de cocina, lavandería, limpieza, vigilancia, conserjería, etc. Esta práctica implica la reubicación de los recursos financieros y la informalización de la fuerza de trabajo del sector, sin que ello modifique el patrón de financiamiento. Por otro lado, esta modalidad está siendo promovida por varias de las agencias internacionales, en especial por el Banco Mundial.

Entre las modalidades informales de privatización de los servicios de atención en salud, el proceso denominado "*muerte lenta*" ha estado en práctica en la Región desde hace, por lo menos, dos décadas. Estos procesos no han sido organizados ni sistemáticos, más bien espontáneos y desordenados, tampoco han sido estudiados con rigurosidad. Esta modalidad se presenta articulada y combinada con la anterior y comprende básicamente, la falta de inversión para la reposición y mantenimiento de equipos, la reducción constante del presupuesto de gastos corrientes, deficiencias en los modelos de dirección y el deterioro progresivo de las condiciones de trabajo, entre otros.

Las modalidades de privatización analizadas anteriormente, a través del estudio de los siete países, revelan determinados impactos significativos, dirigidos principalmente a modificar substancialmente las funciones sociales del Estado y las relaciones entre lo público y lo privado. Pero en definitiva todas estas modalidades contribuyen a reducir la responsabilidad social del Estado.

Según sea la modalidad adoptada, el Estado cambia y modifica sus funciones como administrador, como financiador y como prestador de los servicios de atención en salud. Aparentemente, por un lado, los usuarios serían los más favorecidos con la mejora de la calidad del servicio y de la atención, pero por otro lado, hay un traslado del financiamiento de los servicios a las familias, a través del pago de tarifas y ello, visto dentro del deterioro general de los salarios reales y sociales, es un obstáculo para la atención de la salud de las familias.

Otros cambios serían, según la modalidad experimentada, la informalización de las relaciones de producción de los servicios con la consecuente modificación de las condiciones de trabajo. La venta de activos, específicamente implica desempleo y poca estabilidad en los mismos. La contratación de los servicios podría aminorar los problemas de exceso de burocracia y contribuir a aumentar la eficiencia de los servicios prestados, al mismo tiempo que produce cambios en las formas de contratación del personal.

Precisando, algunos de estos cambios se observan en la naturaleza de ciertos actores y en la correlación de fuerzas interna que se da entre ellos. Aumenta el número de instituciones prestadoras de servicios de atención en salud al mismo tiempo que se incrementa la autonomía de la gestión de las mismas, lo que se traduce en un incremento del poder político del sector privado. Aunque el sector privado en salud es heterogéneo y representa intereses diferenciados, es previsible que éste dirija su acción hacia la captación del capital lucrativo.

Completando lo anterior, en algunos países, es probable que se dé un movimiento hacia la incorporación de capitales transnacionales en un campo que históricamente había sido integrado exclusivamente por capitales nacionales. Como principales consecuencias de ello, se produciría un debilitamiento político significativo de los grupos asalariados, del personal médico y del personal sindicalizado, debilitados ya por las formas de contratación y las nuevas condiciones de trabajo en el marco de una coyuntura de participación política restringida.

Otros de los cambios que se están experimentando en el sector son los relativos al modelo de administración, de financiamiento y de atención.

En cuanto a los cambios en el modelo de financiamiento, en varios de los países de la región a través de diferentes mecanismos (desregulación de la seguridad social, pago de tarifas, contratación de servicios auxiliares, entre otros) se han transferido los pagos a las familias o han aumentado los aportes de los usuarios por el uso de los servicios públicos de atención en salud.

En lo referente al modelo de atención, siendo éste uno de los temas más debatidos, en las experiencias estudiadas y en general, hay pocas referencias al asunto. Pero se podría inferir que en las proposiciones de privatización está presente un modelo de atención más humanizado, personalizado, de mayor eficiencia pero con la introducción de la lógica lucrativa en el sector, y una dirección excesiva hacia la especialización, ello se traduciría en un peso hacia lo curativo sobre lo preventivo y de lo biológico sobre lo social. Sin embargo es necesario señalar que en este campo se requiere de más estudio y de evaluaciones rigurosas.

A los cambios mencionados es probable que se le agreguen otros que todavía están poco sistematizados y que tienen que ver principalmente con la equidad en el acceso a los servicios de atención en salud.

Los procesos de privatización en general, tienen repercusiones significativas sobre las funciones sociales del Estado. Por un lado, se observa la tendencia de trasladar hacia el sector privado una preocupación tradicionalmente pública, la de velar por la atención de la salud de las grandes mayorías.

Por otro lado, también se observan cambios en la función estatal de la prestación de los servicios. Ello se evidencia con el traslado de algunos costos al usuario y también mediante la contratación y compra de servicios auxiliares. La consecuencia inmediata de lo anterior es el incremento de la participación privada en la prestación de los servicios. Otro cambio que se observa es que se deriva de la desregulación que opera como un mecanismo, a través del cual el Estado deroga leyes, elimina instancias o procedimientos administrativos permitiendo así eliminar trabas.

3.3.3. A manera de balance: Alcance de la Reforma de Salud en América Latina

El estudio de los casos presentados en este análisis, reflejan la generalidad de los procesos de reforma en el sector salud implementados para el continente, mediante la observación de éstos 7 países representativos; sin embargo y aunque dicho trabajo nos demuestra la tendencia común en Latinoamérica, como última parte del mismo, se considera importante realizar un balance que sea extensivo al resto de los países.

Consideremos en este punto, nuevamente a la OPS, que en conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su Informe de 1996, "Progreso económico y social en América Latina", describe una tipología de sistemas de salud en América Latina, que puede caracterizarse así: intensivos en el uso de contratos (en este predominan los mercados privados), el fragmentado (según segmentos tradicionales), el sistema público integrado (predomina el eje estatal) y sistemas públicos administrados de contratos (el estado regula pero contrata con otros la provisión de servicios). De ahí surgen varias tendencias de la reforma sectorial sanitaria.

Aún así, es necesario insistir en las diferencias que existen entre los países de América Latina ante los procesos de reforma; diferencias en acceso, desigualdades de salud, recursos financieros y técnicos, coberturas que oscilan entre el 30 % y el 100 % de la población¹⁵³. Los cálculos generales siguen señalando un 25 % aproximadamente de la población de nuestro continente, sin ninguna atención sanitaria¹⁵⁴. Los servicios de salud, por su parte, a más de la tarifa, implican grandes costos de oportunidad para los pobres.

En idéntico sentido, los países con mayores desigualdades y menor cobertura tienen más altos costos administrativos que los sistemas integrados. Así, la equidad se constituye en uno de los mayores retos para las reformas.

¹⁵³ SOJO A. La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumento. En: UNICEF. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de políticas sociales. San José; 1997.

¹⁵⁴ EQUIPO editorial. Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Revista de Administración Sanitaria; 2000

También, los problemas de accesibilidad, eficacia y calidad son permanentemente mencionados por los investigadores en todas las latitudes. Ha sido además el argumento para introducir los modelos privados en salud.

El componente público cada vez se ha deteriorado más en lo financiero y por ende, en el servicio. El resultado ha sido la preponderancia de lo privado que poco a poco evidencia grandes fallas y efectos negativos como en el caso de Chile. En las reformas siempre se ha hecho énfasis en el papel de las instituciones privadas frente a los de orden gubernamental. Pero la reforma va más allá de la mera privatización, se preocupa por garantizar el mercado, con su lógica propia, no siempre acorde con los principios de igualdad, solidaridad, equidad, universalidad.

Fortalezas, según países¹⁵⁵ :

- Articulación del Sistema Nacional de Salud: Brasil y Costa Rica
- Rectoría del Ministerio de Salud: Chile
- Sistemas Locales de Salud: Costa Rica, Nicaragua, Perú
- Descentralización: Argentina, Colombia, Chile, Perú
- Mezcla público privada: Argentina, Colombia, C. Rica, Chile, Nicaragua
- Regulación mercados: Argentina, Colombia, Chile
- Reestructuración de Hospitales: Argentina, Brasil, Chile
- Separación y especialización de funciones: Argentina, Colombia, Chile
- Contrato de desempeño con prestadores públicos: Argentina, Colombia
- Incentivo al desempeño: Brasil, Chile
- Mejoramiento de la gestión de recursos humanos: Costa Rica, Chile
- Uso de pagos por capitación: Argentina, Colombia, Chile
- Pagos prospectivos (GDT, grupos de diagnóstico y tratamiento): Argentina, Brasil, Colombia, Chile
- Solidaridad y equidad en financiamiento: Argentina, Brasil, Colombia, Chile
- Prestaciones básicas universales unificadas: Colombia, Costa Rica, Nicaragua
- Ampliación de coberturas (universal y focalizado): Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Nicaragua.

Núcleos de reforma:

También, de acuerdo con el análisis, sobresalen en cada país algunas áreas de énfasis en sus tendencias de reforma, así:

- Argentina: Transformación de las "obras sociales", la libre elección, unificación de afiliación y contribución al Seguro Nacional de Salud.
- Brasil: Unificación del Sistema (Sistema Unico de Salud, servicios públicos más servicios de la seguridad social). Tiene indefinición de funciones. Regulación del sector privado (es muy alto en atención hospitalaria).
- Chile: Sistema de Salud dual, con distintas lógicas y propietarios, sin competencia. Lógica pública de reparto, privado por riesgos individuales. Busca hoy, reforzar el sector público. Introduce cuasimercados, separar funciones FONASA, Minsalud y Servicios; mediciones de desempeño (eficiencia micro).
- Colombia: Descentralización del gasto. Competencia regulada. Sistema de Seguridad Social Integral y Solidario. Transición del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.
- Costa Rica: Sistema Integrado (no estratificado). Separación de funciones: Ministerio (rector y promotor), la Caja del S.S. (actividades operativas). Impulso de equipos básicos de atención integral en salud. Gerencia hospitalaria y desempeño. Sistema Nacional de Evaluación.
- Países de habla Inglesa- Caribe: Sistemas públicos fuertes e integrados. Seguro Nacional de Salud.

Sobre el desempeño de los sistemas

¹⁵⁵ Op. Cit. 154

En parte, el análisis de seguimiento y evaluación a los procesos de reforma sectorial en América Latina y el Caribe, se hace de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, con base en la información derivada de los "perfiles del sistema de servicios de salud"¹⁵⁶. Los estudios han tomado forma a partir del año 2000 y los resultados son dispares o disímiles en cada nación, pero poco a poco nos permiten algunas conclusiones muy globales, como se describe más adelante. El desempeño de los procesos de reforma¹⁵⁷ se ha venido evaluando sobre criterios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, participación social y sostenibilidad, mencionados anteriormente pero que se resumen en el siguiente cuadro.

El indicador de equidad: con respecto a equidad en cobertura, según el estudio, hay disminución de la brecha en la población cubierta por un conjunto básico de prestaciones, en inmunizaciones, control prenatal, uso de anticonceptivos; pero esto solo en algunos países (Brasil, Costa Rica, El Salvador y México). Igualmente, señala el autor mejoras en pocos países, en relación con la distribución de recursos.

3.16. Criterios de evaluación de las Reformas

Criterios	VARIABLES
Equidad	desagregación en cobertura, distribución de recursos y uso de servicios
Distribución recursos	gasto total en salud <i>per cápita</i> , gasto público en salud <i>per cápita</i> , médicos por 10.000 habitantes, y otros recursos
Efectividad	mortalidad infantil, mortalidad materna, recién nacidos con bajo peso al nacer, mortalidad por cáncer cervicouterino, incidencia de SIDA, enfermedades inmunoprevenibles, mortalidad por diabetes, hipertensión esencial en mayores de 25 años
Calidad técnica	porcentaje de establecimientos de primer nivel con comité de calidad, porcentaje hospitales con comité de calidad, disponibilidad de medicamentos esenciales, incidencia de infecciones hospitalarias, pacientes con informe de alta
Calidad percibida	selección del prestador de atención primaria por usuarios, establecimientos con programa de mejora de calidad, establecimientos con procedimientos de orientación al usuario, centros que hacen encuestas de opinión, grados de satisfacción del usuario
Eficiencia en asignación	introducción de mecanismos de asignación de recursos más eficaces; asignación de recursos por unidad territorial, para el desarrollo de acciones intersectoriales, para prevención de patologías de alta prevalencia
Sostenibilidad	legitimación o aceptabilidad de las instituciones, disponibilidad de información sobre gasto público y privado por unidad territorial, sostenibilidad de incremento de cobertura por programas o por servicios, capacidad de ajustar ingresos y gastos en el sector público, porcentaje de hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores
Participación social	grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del sistema de servicios de salud

Fuente: Infante A. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Revista de Administración Sanitaria; 2000.

El análisis de efectividad del sistema, sólo dos países sugieren mejoras en este indicador como consecuencia de la reforma sectorial (Brasil y Costa Rica). En calidad técnica solo Costa Rica responde favorablemente a los intereses de la reforma sectorial. En calidad percibida, sólo Costa Rica, México y Chile muestran mejoría de la calidad.

¹⁵⁶ HSP-OPS/OMS. (2000). [Internet] <http://www.americas.health-sector-reform.org>; Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países y lineamientos metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud. Latin American Health sector reform initiative; Julio 24.

¹⁵⁷ INFANTE A. (2000). Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Revista de Administración Sanitaria.

En relación con eficiencia en asignación de recursos, Argentina, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Chile responden apropiadamente, es decir, que la reforma sectorial los ha vuelto más eficientes.

Los resultados de sostenibilidad, según el informe: sólo Brasil y Honduras han aumentado la legitimación; Argentina, Honduras, Chile, Salvador, Brasil, Guatemala, sugieren mejorías en alguno de los indicadores de sostenibilidad, a partir de la reforma.

Los resultados en participación social: hay mejoría en la mayoría de los países: en Salvador, Honduras, México, Perú, Paraguay, Panamá y República Dominicana, atribuyen la mejoría en la participación local y municipal como consecuencia de la reforma.

En asignación de recursos sobre indicadores específicos (cobertura por agua potable, alcantarillado, porcentaje del presupuesto de salud destinado a servicios de salud pública, porcentaje del gasto de salud en atención primaria) sólo Brasil sugiere mejoría a partir de la reforma. En cuanto a asignación de recursos para actividades de alta externalidad, sólo en Salvador y Chile hay datos que permitan suponer mejorías atribuibles a la reforma (reasignación de recursos).

En gestión de recursos solo Argentina, Costa Rica y Chile usan de medidas de actividad y rendimiento estandarizado; Costa Rica y Chile muestran mejorías en Rendimiento hospitalario; igual sucede con centros hospitalarios que han "negociado compromisos de gestión"; sólo en Argentina los establecimientos responden al gasto usando menos ingresos (a raíz de la reforma); los mismos países mejoran el número de centros con presupuestos basados en criterios de actividad.

No existen en las propuestas, mecanismos de evaluación de impacto ni de vigilancia del desarrollo de la reforma. El principal problema, como tantas veces se ha denunciado, son las carencias en la sistematización de la información: poca disponibilidad de ella, incompleta, dispersa, inoportuna; por ejemplo sobre equidad, acceso a servicios y uso de los mismos, la información es muy precaria (preocupante por la importancia de estas categorías para la salud pública).

No obstante lo anterior, de acuerdo con el estudio mencionado:

- La equidad mejora con base en reducción de la brecha en cobertura de servicios básicos, en la mitad de los países. La equidad en distribución de recursos es poco plausible.
- La efectividad global del sistema, la calidad técnica y la calidad percibida demuestran mejorías en pocos países. Es decir que en términos de políticas de salud, que se relacionan con estos indicadores, la situación es más lamentable.
- La eficiencia en asignación de recursos mejora en la mitad de los países analizados en lo referente a asignación de recursos, pero con la eficiencia global y reasignación para acciones intersectoriales el panorama es muy inconsistente y débil en los países en general (no puede olvidarse que estas categorías de la eficiencia han estado en el centro de la atención tanto de las motivaciones de la reforma y de su gestión).
- En lo que sí parece haber consistencia en los procesos de reforma es en la introducción de "compromisos de gestión"; podríamos concluir que se intenta en la forma pero los resultados en eficiencia tampoco son satisfactorios (en procedimientos estandarizados, rendimientos hospitalarios, empleo autónomo por nuevas fuentes de ingresos según establecimientos sanitarios públicos, presupuestos con criterios de actividad).
- Salud pública: siendo ellas una especie de censor para la salubridad, resulta alarmante que las acciones intersectoriales de alta externalidad y programas de prevención no tengan mejor consideración en los procesos de reforma. En ese punto se evidencia claramente el deslinde entre salud pública y reforma.

- La sostenibilidad, apenas deja ver intentos de los países por ajustarse al nuevo modelo: ajuste de ingresos y gastos en el subsector público y cobro a terceros, mejoran información desagregadas sobre el gasto en salud; pero los programas no son aún sostenibles en el mediano plazo, y las instituciones públicas no mejoran su legitimación.
- Existe contención del gasto y recuperación de costos, como corresponde a una reforma que siempre se ha considerado de un perfil fundamentalmente económico.
- De las instituciones públicas, se anotan grandes debilidades en sostenibilidad, en legitimación y en autonomía financiera.
- Participación comunitaria y descentralización salen bien libradas en este análisis, aunque cabría discutir su enfoque de autogestión, de autofinanciación, de perfilarse en la vía de asumir responsabilidades las comunidades y las localidades por la ausencia del Estado y la preeminencia de la privatización.
- En resumen, se encuentran problemas en: la efectividad global, la calidad técnica, la calidad percibida, la salud pública (atención a externalidades, como causas), la legitimación institucional pública, la sostenibilidad financiera en el largo plazo y la seguridad en el acceso a los servicios.

Es evidente el problema del influjo del mercado sin unos controles suficientes en la mayoría de los países. El enfoque de este informe está de acuerdo con quienes señalan que "dada la competencia imperfecta, los límites de la soberanía del consumidor, las desigualdades de información y los diversos mecanismos de exclusión propios de los mercados de salud, es también fundamental impulsar un adecuado marco regulatorio en los ámbitos público y privado".

Basta con observar algunos de los problemas de la privatización: producción excesiva de servicios y en otros, negación del servicio, selección adversa de beneficiarios, altos costos de intermediación, marginamiento de los sectores más pobres, alzas desmesuradas en planes de salud, cruce de subsidios del sector público al privado, poca atención a enfermedades más costosas, descuido de la tercera edad y otros ampliamente descritos en varios de los estudios considerados.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO III

1. **AKIN J.**, Financing Health Services in Developing Countries. (1987). An agenda for Reform, World Bank, Washington D.C.
2. **ANDREAZZI**, María de Fátima. (1991). *"Procesos de privatización en el sector salud. Caso Brasil"*. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
3. **BANCO** Mundial (1991). "Informe sobre desarrollo mundial: La tarea acuciante del desarrollo". Washington, D.C.
4. **BANCO** Mundial (1987). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma". Bol. Of. Sanit Panam.; No. 103.
5. **BANCO** Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud. Washington, D.C.
6. **BARROS** M.E., S. Piola y S.M. Vianna (1996), "Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas", texto para discusión, nº401, IPEA (Instituto de Investigación Económica Aplicada) , Brasilia.
7. **BELMARTINO**, S. y Bloch, C. (1993). *"La medicina pre-paga en Argentina: Su desarrollo desde los años sesenta."* Cuadernos Médico Sociales. Nº 74.
8. **BONILLA**, J. (1996), "Descentralización de la Secretaría de Salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
9. **CARCIOFI** R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*, CEPAL/UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Santiago de Chile.
10. **CARDOZO** Brum, M. (1993), "La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", *Gestión y política pública*, vol. 2, nº 2, de Chile.
11. **DE LA FUENTE**, J. R. (1996), "Federalismo y descentralización del sector salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
12. **DI GROPELLO**, Emanuela/COMINETTI, Rossella. (1998). "La Descentralización De La educación Y La Salud: Un Análisis Comparativo De La Experiencia Latinoamericana".CEPAL.
13. **DÍAZ-MUÑOZ**, Ana Rita. (1991). *"Procesos de privatización en el sector salud en Argentina"*. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
14. **DRAIBE**, S. M. (1998), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", serie Reforma de política pública, nº52, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos

- sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
15. **ESPINOSA, J.** (1997), "Nicaragua: Descentralización de los servicios de salud", serie Reforma de política pública, n°55, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
 16. **GARCIA** Cotarelo, R.(1987). "Origen y desarrollo del Estado de Bienestar" *Sistema*, noviembre, núm. 80-81
 17. **HSP-OPS/OMS**. [Internet] (2000) <http://www.americas.health-sector-reform.org>; Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países y lineamientos metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud. Latin American Health sector reform initiative; Julio 24.
 18. **INFANTE A.** (2000). Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Administración Sanitaria*
 19. **INFANTE, Alberto/DE LA MATA, Isabel/LOPEZ Acuña Daniel.** (2000). "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* . julio-diciembre.
 20. **LA REORIENTACIÓN** de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud: *componente decisivo de las reformas del sector de la salud*. Documento técnico preparado para la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud 5 a 9 de junio 2002, México, D.F.
 21. **LAURELL, Asa Cristina y Ortega, María Elena.** 1991. "El proceso de privatización en salud. El caso de México". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- 22. LEY GENERAL DE SALUD (1994)**
23. **LOPEZ, Pedro** (Coordinador) (1984). "La crisis del Capitalismo/Teoría y Práctica". Ed. Siglo Veintiuno. México.
 24. **LOS SISTEMAS** de salud en América Latina y el Caribe.(2000) *Revista de Administración Sanitaria*; Equipo editorial.
 25. **MONTOYA, S.** (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud. Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, n°60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.
 26. **MUÑOZ** De Bustillo, R. (comp.). (1989) *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*, Madrid, Alianza Editorial.
 27. **NARRO, J.** (1996), "Modelo de atención a la salud para población abierta", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.

28. **ORGANIZACIÓN** Mundial de la Salud. De Alma-Ata al Año 2000. (1991), Ginebra; OMS.

29. **ORGANIZACIÓN** Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. (1978) Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos, Ginebra.

30. **ORGANIZACIÓN** Panamericana de la Salud (2002). "Perfil Del Sistema De Servicios De Salud En México ". Programa De Organización Y Gestión De Sistemas Y Servicios De Salud División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud.

31. **ORGANIZACIÓN** Panamericana de la Salud. (1992). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington; OPS.

32. **ORGANIZACIÓN** Panamericana de la Salud. (1993). Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington, OPS.

33. **PRIMERA** Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986) OMS/OPS/BM/BID/CEPAL/Ottawa Canadá.

34. **RICO** Velasco Jesús. (1997). "Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud Para todos". Ed. Colombia Médica.

35. **SÁNCHEZ**, Héctor. 1991. "Proceso de privatización en el sector salud de Chile". Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

36. **SCARPACI**, Joseph. 1988. "Help-seeking behavior, use and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile". Journal of Health and Social Behavior.

37. **SOJO** A. (1997). La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumento. En: UNICEF. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de políticas sociales. San José. Costa Rica.

38. **VARGAS** J.E. y A. Sarmiento (1997), "Características de la descentralización colombiana", serie Reforma de política pública, No 49, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

39. **VILLARREAL**, René (1993). "Liberalismo Social y Reforma de Estado". Ed. Nacional Financiera, Fondo de Cultura Económica. México

4.1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MEXICO

4.1.1. La descentralización de servicios de salud en México

Esta sección tiene el propósito de presentar, de manera muy concisa, el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta, el cual inicia en la década de los ochenta con 14 estados únicamente y se renueva en 1995 como parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del presidente Zedillo. se Intenta mostrar algunas características del primer proceso, sobre todo en lo que se refiere al grado en que los estados participantes asumieron un control efectivo sobre los recursos del sistema e igualmente se describen los elementos más importantes del diseño del nuevo proceso de descentralización, como son la distribución de competencias entre los niveles federal y estatales, el modelo ideal al que se pretende llegar en algunos años y el papel que se espera desempeñe el sistema de presupuestación como mecanismo de asignación de recursos financieros a las entidades federativas.

Se finaliza con una discusión sobre los elementos que todavía están ausentes en la descentralización del gasto y que son requisitos indispensables para dotar de mayor transparencia al proceso. La siguiente sección se ocupa de analizar la evolución reciente del gasto en salud, su composición programática, su distribución regional y sus posibles vínculos con indicadores socioeconómicos, epidemiológicos y de infraestructura sanitaria.

3.4.4.1. La descentralización en los ochenta

En 1983 la protección de la salud se elevó a rango constitucional y se estableció que el gobierno federal y los estados concurrirían en materia de salubridad general (artículo 4º constitucional). El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 incluyó, como parte de sus estrategias, la descentralización a los estados de los servicios de salud a la población abierta para los niveles de atención primero y segundo. La Ley General de Salud fue promulgada en 1984, la cual distribuyó competencias sanitarias entre el gobierno federal y las entidades federativas. Sin embargo, la descentralización de los servicios incluyó exclusivamente a 14 estados de la República: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo.

El artículo tercero define las materias de salubridad general; el cuarto precisa las autoridades sanitarias, siendo una de ellas los gobiernos de las entidades federativas; el séptimo indica, como una de las atribuciones de la Secretaría, impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud; el noveno señala el propósito de establecer sistemas estatales de salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su planeación, organización y desarrollo; el decimotercero distribuye las competencias entre Federación y estados; el decimotercero establece las bases y modalidades en el ejercicio de esas atribuciones y en la prestación de los servicios de salubridad general, de conformidad con los acuerdos de coordinación suscritos entre la SSA y los gobiernos estatales y el Departamento del Distrito Federal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo; los artículos decimonoveno y vigésimo refieren la estructura administrativa que tendrán los servicios de salud, y el artículo vigésimo primero establece las bases a que se sujetan esos acuerdos de coordinación¹⁵⁸.

La idea general de la distribución de competencias definida por el artículo 13 de la Ley General de Salud es reservar para la autoridad federal funciones de tipo normativo o regulatorio, como son la definición de los lineamientos generales de política, la certificación de los profesionales y de las unidades proveedoras, la consolidación de información estadística, etc. Por su parte, las entidades federativas adquieren, según la ley, la responsabilidad de la operación de los servicios de salud para la población no asegurada. Sin embargo, la ley no siempre define una frontera exclusiva entre las competencias de cada nivel de

¹⁵⁸ LEY General de Salud (1984)



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.

gobierno. Establece algunas facultades exclusivas del gobierno federal, otras de competencia federal con la posibilidad de que los estados participen, otras de competencia estatal con la posibilidad de que la federación se involucre, otras de competencia estatal exclusiva y otros dos conjuntos de atribuciones concurrentes y coordinadas (estas categorías se derivan incluso de otros artículos de la ley diferentes del decimotercero). El cuadro siguiente, presenta la distribución de competencias en materia de salubridad general, tomando en cuenta esas seis clasificaciones. El cuadro no es exhaustivo en su descripción de facultades, sólo se enfoca en aquellas que se considera más relevantes para el objetivo de este estudio. Uno de los puntos relevantes del cuadro es que, incluso en lo que se refiere a la prestación de los servicios, no hay una línea divisoria definitiva en el papel que toca a cada nivel de gobierno. Por ejemplo, la federación puede participar en servicios de rehabilitación, saneamiento básico y prevención de enfermedades, de manera coordinada con los estados.

4.1. Distribución de competencias en salud

Facultades exclusivas del Gobierno Federal	Facultades de competencia federal con participación estatal posible	Facultades de competencia estatal con participación federal posible	Facultades exclusivas de los gobiernos estatales	Facultades de competencia concurrente	Facultades coordinadas
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar, operar, controlar y vigilar por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, servicios públicos a la población en general. - Determinar las políticas nacionales en materia de salud. - Expedir normas oficiales (regulación sanitaria) - Evaluar la prestación de servicios de salud. - Aplicar el control sanitario de las vías generales de comunicación. - Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general. - Coordinar el Sistema Nacional de Salud (incluyendo el proceso de programación) - Determinar valores de concentración máxima permisible de contaminantes ambientales. - Determinar límites máximos permisibles e exposiciones a contaminantes en los centros laborales - Control sanitario de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover, orientar y apoyar las acciones en materia de salubridad general, a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia. - Desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas cuando estas lo soliciten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plantear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su programación programática en el Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar, operar, supervisar y evaluar los servicios de salubridad general. - Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. - formular y desarrollar programas locales de salud. - Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes. - Ejercer la verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover actividades tendientes a la formación, capacitación, actualización de los recursos humanos que se requieran. - Coadyuvar en el señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para los servicios de salud. - Establecer los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos, a los sociales y a los privados. - Promover y aprobar la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud. - De conformidad con los lineamientos que emita la autoridad competente, captar, producir y procesar la información necesaria para la planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud. - Utilizar elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias. - Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica social y ocupacional. - Prevención en el consumo de sustancias inhalantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y seguimiento de los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de Seguridad Social. - el control sanitario de productos y servicios de su exportación y de su importación. - El control sanitario de la publicidad de las actividades productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud. - La sanidad Internacional. - Prevención de Adiciones. - La definición en su caso de las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios.

Fuente: a partir de la Clasificación realizada por la Ley General de Salud (1984)

La distribución de competencias de la Ley General de Salud, se enfoca exclusivamente en el aspecto de la provisión de los servicios, omitiendo toda referencia a los aspectos presupuestal y financiero. La idea central de la ley es asignar al gobierno federal funciones regulatorias (fijación de políticas, expedición de normas, control sanitario, etc.) y evaluativas, dejando a las entidades la operación de sus propios sistemas, a pesar de que, como ya se señaló en párrafos anteriores, las competencias en ocasiones se sobreponen. Sin embargo, la ley no hace mención alguna sobre los roles de cada nivel gubernamental en materia presupuestaria y financiera. La razón de ello es que en la descentralización de los ochenta el gobierno federal siguió manteniendo centralizadas estas funciones

Otra forma de apoyar el proceso de descentralizaciones se realiza por medio de los Decretos de descentralización: Las Bases para la Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se establecieron por decreto presidencial en agosto de 1983, señalando principalmente: *lineamientos y normas aplicables, así como las características de los acuerdos de coordinación entre Federación y estados; las facultades, las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales; los manuales de organización, de procedimiento y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos; que los consejos internos de administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, convertidos en órganos administrativos desconcentrados por región, serán presididos por los gobernadores; la adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización y deslinde de lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados; la participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES; asimismo, la creación de un órgano al que se le confiere el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF.*

En marzo de 1984 se expidió otro decreto por el que se determinaba la descentralización de los servicios de salud de la SSA y los del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales. En dicho decreto se enfatiza que la descentralización es un proceso gradual, ordenado por un programa que busca evitar deterioros en la operación de los servicios; se implica la evaluación de las acciones y se indica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para dar efectividad a la nueva garantía constitucional.

También se establece en el decreto que los servicios de salud se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción a un programa específico y a los acuerdos de coordinación.

Además, se menciona la elaboración de un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, responsabilidad conjunta de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y del IMSS donde se señalan las diferentes etapas del proceso de descentralización, así como sus características.

También se crearon diversos Convenios para la coordinación Federación-estados: Un elemento indispensable para la ejecución y operación del proceso de descentralización, aun cuando correspondía más a la esfera administrativa que a la legislativa, fue la participación formal de los gobiernos federal y estatales. Esto quedó establecido en el Convenio Único de Desarrollo, donde se precisan las responsabilidades y recursos que atañen a cada gobierno estatal y al Gobierno Federal en la consecución de objetivos comunes. El correspondiente a 1984 incorporó dos cláusulas que revisten especial significado para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

La primera precisó que los ejecutivos federal y estatal realizarán acciones para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en el Estado y en una segunda etapa la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del programa IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad y, por este camino, llegar a la organización y desarrollo de Sistemas Estatales de Salud.

La segunda cláusula definió que, a fin de procurar que el derecho a la protección de la salud se convierta en efectiva facultad de la población, la SSA celebrará acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, de conformidad al Programa Nacional de Atención a Población Abierta y al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y promoverá la formación y funcionamiento eficiente de Sistemas Estatales de Salud".

La Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados de la República, en concordancia con lo señalado tanto en el Convenio Único de Desarrollo, como en los decretos del 30 de agosto de 1983 y del 8 de marzo de 1984.

Las finalidades de estos convenios fueron, fundamentalmente: i) establecer el tipo y características operativas de los servicios de salud; ii) determinar las funciones que corresponde realizar a la Secretaría de Salud y al Estado; iii) determinar los recursos que se aportan al efecto y efectuar las transferencias que correspondan; iv) establecer la estructura administrativa para los servicios de salud en la entidad; v) desarrollar los procedimientos para elaborar programas y presupuestos conforme a manuales de coordinación programática; vi) fijar los lineamientos para la descentralización hacia los municipios; vii) establecer normas y procedimientos del control que corresponde a la Secretaría de Salud.

En 1984 también se firmaron las bases de coordinación con el gobierno del Distrito Federal para normar, programar, evaluar y controlar el proceso de descentralización en esa entidad federativa.

En la Implantación de la estrategia descentralizadora Un principio fundamental que guió el proceso de descentralización fue el gradualismo. Se decidió que los estados asumieran la responsabilidad en cuanto desarrollaran la capacidad necesaria. Asimismo, no todas las funciones, las facultades y los recursos se les transfirieron en forma simultánea.

Ante el dilema de fortalecer los servicios para poderlos descentralizar o de descentralizar los servicios para poderlos fortalecer, se escogió una solución de medio camino, es decir, fortalecerlos hasta el punto en que pudieran ser descentralizables y, una vez dado este paso, continuar su fortalecimiento.

No todas las entidades federativas tienen las mismas capacidades de gestión ni cuentan con los mismos recursos, por esto el proceso de descentralización debe ser cauteloso, a fin de que se haga la transferencia sólo cuando hay capacidad de respuesta; es decir, es importante medir cuidadosamente la factibilidad. Lo anterior es válido sobre todo en el nivel de descentralización estatal-municipal, pues hay muchos municipios pequeños que no pueden asumir la responsabilidad.

Así pues, el gradualismo fue un elemento conductor del proceso guiado por la certificación de los avances en la etapa de coordinación programática señalada en el decreto descentralizador de 1984.

En la etapa de coordinación programática se adquirirían las capacidades de operación de los servicios por parte de los gobiernos estatales, con base en el cumplimiento de 14 instrumentos referentes a distintas cuestiones como la definición de un sistema estatal de salud, la formulación de la ley estatal de salud, el financiamiento, el procedimiento de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención del sistema, el sistema de adquisiciones, el manejo del personal, el sistema de información, para mencionar las principales.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité de Planeación de Desarrollo (COPLADE) en cada entidad federativa servía de pivote para coordinar los esfuerzos de la coordinación programática, que podrían traducirse como "aprender a descentralizar descentralizando". En la SSA se organizó un consejo de descentralización integrado por representantes de las áreas mayores; la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados que a través de los años había crecido desproporcionadamente, fue simplificada al máximo para propiciar el directo entendimiento entre la instancia estatal y las oficinas centrales.

Para cada entidad federativa se nombró un funcionario de la administración central, designado como comisario, para vigilar directamente la gestión descentralizadora desde la perspectiva federal. La Comisión Interna de los Servicios Coordinados y la Comisión de vigilancia de IMSS- COPLAMAR hacían lo conducente en cada estado, para avanzar el proceso en lo que toca a la operación directa de los servicios.

Cuando había un razonable cumplimiento de los instrumentos antes señalados, se procedía a la segunda etapa: la integración orgánica (descentralización cabal) constituyendo los Servicios Estatales de Salud

(SESa) por la fusión de los Servicios Coordinados de Salud, el IMSS- COPLAMAR y los que existieran creados por los niveles estatal y municipal.

Los SESa podían asumir estructuras distintas (departamento, instituto, etc.) acordes a la organización estatal y en debido respeto a su conveniencia y decisión, producto del Pacto Federal.

Para la operación de los SESa o sus equivalentes se cedieron en comodato las instalaciones federales al gobierno estatal y se transfirió la tutela de mando de los empleados federales de la SSA al gobierno estatal. A juicio de los gobiernos estatales se podría continuar con el apoyo directo de las oficinas centrales mediante convenios específicos que, al respecto, se suscribían por tiempos determinados.

Uno de los aspectos primordiales fue el financiamiento de los servicios, ya que se requería el incremento de los recursos, pues la descentralización cuesta dinero puesto que se deben tener mejores servicios, pero al mismo tiempo se buscó un mejor balance entre la aportación estatal y la federal aspirando a una proporción de 40 y 60%, respectivamente. Antes esta proporción oscilaba entre 5/95 y 15/85%.

Con el fin de cuidar el armonioso funcionamiento de los SESa, en el año de 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud, integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal y, por invitación expresa, los gobernadores estatales y los titulares de los SESa. Buen cuidado se tuvo de mencionar en el decreto correspondiente que el Secretario de Salud del Gobierno Federal conduce, pero no preside ni dirige, los trabajos del Consejo, a fin de Cuidar una situación de igualdad con sus homólogos.

Principales resultados

En México la primera fase de la descentralización (1983-95) terminó en fracaso. Según una evaluación para el Banco Interamericano de Desarrollo fue un modelo de como no se debe descentralizar, "Los estados no llegaron a ganar ningún control que pudiera considerarse de importancia sobre ninguna parte de los servicios de salud, y casi todos los pequeñas ganancias que consiguieron en algún momento las volvieron a perder". Al mismo tiempo, el impacto negativo fue severo al transferir uno de los programas más exitosos de atención de salud para los pobres IMSS-COPLAMR (hoy solidaridad) del Seguro Social a las secretarías de salud estatales que tenían menos recursos y personal, con lo que la calidad de los servicios de IMSS-Solidaridad se deterioraron visiblemente.

4.1.1.2. La descentralización en los noventa

Si bien la descentralización en los noventa mantuvo sin modificación la distribución de competencias de la Ley General de Salud, los asuntos presupuestales y financieros fueron abordados explícitamente en la Ley de Coordinación Fiscal y en los acuerdos firmados con cada entidad federativa.

En 1995, el gobierno federal decidió retomar el proceso de descentralización. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 incluye a la descentralización como uno de sus principales lineamientos, cuyo fin es "incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta". El programa reconoce que las instituciones de salud del país padecen un enorme centralismo que genera una definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo en la toma de decisiones y considerables inercias en la asignación del gasto hacia los estados. Por tanto, el programa propone concluir la descentralización en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes con el propósito de promover una nueva relación entre las autoridades federal y estatales. El documento señala que "los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados esos objetivos". Es interesante enfatizar esta última observación del programa, pues implica la introducción de incentivos al ahorro que han estado ausentes en el esquema de presupuestación tradicional centralizado. Como se mencionó anteriormente, los estados descentralizados no tuvieron autonomía en el manejo de recursos financieros federales, ya que el porcentaje de recursos bajo control directo de los estados descentralizados fue de 23.4%, cifra marginalmente superior al porcentaje de recursos controlados por los estados no descentralizados, 20.4%

El programa pretendía ampliar los márgenes de autonomía de los estados para el manejo de los recursos financieros y para la toma de decisiones estratégicas en materia de salud. Si bien, durante muchos años, la Secretaría ha definido los capítulos, conceptos y partidas del gasto en salud para todo el país, su objetivo actual es que las entidades federativas decidan totalmente el destino de los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan por lo menos con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal (el llamado "Paquete Básico de Servicios de Salud")¹⁵⁹

El esquema de presupuestación es, por tanto, una pieza clave para modificar la relación entre la autoridad normativa (la Secretaría de Salud) y los prestadores de servicios (los estados), la cual pretende transitar de un esquema de control directo hacia uno de autonomía de gestión, en donde el gobierno federal asuma la función de evaluar los resultados obtenidos por los operadores del gasto, sin por ello interferir con sus decisiones.

La implementación del proceso en los noventa comenzó formalmente con la firma del *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*, entre el gobierno federal, el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud y las 31 entidades federativas y el entonces Departamento del Distrito Federal. Dicho acuerdo, firmado en agosto de 1996, define un conjunto de principios básicos, dentro de los cuales destacan el manejo y operación directos de los servicios de salud por parte de los estados de la federación, así como de los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo a sus necesidades y prioridades locales. Por otra parte, todas las estructuras administrativas operadas por el gobierno federal se integrarían al ámbito estatal. El Acuerdo establece al Consejo Nacional de Salud como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales y las estatales.

Posteriormente a la firma del acuerdo nacional, la Secretaría de Salud firmó acuerdos de coordinación con cada uno de los estados de la federación, a fin de precisar las atribuciones en materia de programación y presupuestación, servicios personales, recursos materiales, transferencia de bienes muebles e inmuebles y la transferencia de recursos financieros. En todos los acuerdos de coordinación destaca que los recursos transferidos por el gobierno federal pasan a formar parte del presupuesto de la cuenta pública de los estados. Cada estado firmó su acuerdo en momentos distintos, entre agosto de 1996 y julio de 1997.

En 1998 la asignación del presupuesto de la Secretaría de Salud hacia los estados pasó a formar parte del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33. Antes de ese año, la distribución regional del presupuesto federal se efectuaba por el Ramo 12, en el cual la Secretaría elaboraba todos los capítulos y conceptos del gasto de cada entidad federativa, utilizando presupuestos históricos. Sin embargo, a partir de 1998 los estados adquirieron una autonomía considerable para llevar a cabo su programación y presupuestación, con amplia libertad para distribuir el gasto federal entre diversos programas. Estas decisiones se toman al interior del organismo público descentralizado de servicios de salud de cada estado, el cual se integra por el gobernador del estado respectivo (quien lo preside), algunas secretarías estatales, un representante de la Secretaría de Salud federal y un representante sindical. Actualmente, las entidades federativas ejercen más de 70% del presupuesto total en salud, mientras que en 1994 ejercían menos del 25%¹⁶⁰

A raíz de la descentralización, los estados sólo tienen que reportar su aplicación de los recursos federales a los congresos locales, informando a la Secretaría de Salud sólo sobre cuestiones muy generales de manejo presupuestal, sin rendirle cuentas sobre sus decisiones específicas de asignación.

Con base en estos objetivos, y en congruencia con la estrategia definida en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, los esfuerzos se acotaron de acuerdo a las siguientes líneas de acción:

¹⁵⁹ El paquete básico de servicios de salud es un programa definido a nivel federal por el Consejo Nacional de Salud, cuyo objetivo es garantizar a toda la población del país un mínimo de servicios costo-efectivos agrupados en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Es un irreductible de estrategias de alto impacto al que las entidades quedarán obligadas a cubrir.

¹⁶⁰ PRESIDENCIA de la República. *Quinto Informe de Gobierno*, 1999.

- Impulsar el federalismo, a través de la descentralización de recursos y servicios a la población abierta, y del fomento a una mayor participación municipal;
- Avanzar en la reestructuración y modernización de las instituciones; y
- Fortalecer los mecanismos de coordinación.

Principales resultados.

La adecuada coordinación, regulación y aplicación de la normatividad en la prestación de los servicios se erigieron en elementos fundamentales en el proceso de reforma integral del Sistema de Salud. De esta manera, la Secretaría de Salud -SSA-, orientó sus tareas hacia tres frentes fundamentales: la descentralización de funciones y recursos a las entidades federativas, a fin de fortalecer los servicios de salud y adecuarlos a las necesidades locales; la aplicación de un programa de ampliación de cobertura, que considera la prestación de un paquete de servicios esenciales de salud; y el impulso a la modernización administrativa a nivel central y local.

Para que la descentralización de los servicios de salud se desarrollase al amparo de normas y criterios transparentes y precisos, durante 1998 se formalizó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. En dicho Acuerdo, suscrito por el Gobierno Federal, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA, y los gobiernos de las 31 entidades federativas, se establecen entre otros, los siguientes compromisos para estas últimas:

- Asumir las responsabilidades asignadas en la Ley General de Salud;
- Manejar y operar directamente los servicios de salud en el ámbito de su competencia;
- Manejar y operar los recursos financieros conforme a las necesidades de los servicios y prioridades locales; y
- Participar en la definición y aplicación de la política nacional de salud.

Con objeto de garantizar la correcta ejecución e interpretación de tales compromisos, se establecieron y crearon diversas instancias. La responsabilidad de coordinar las relaciones entre el centro y las entidades y dar seguimiento al proceso de descentralización le fue asignada al Consejo Nacional de Salud. Para fungir como elementos de enlace y apoyo entre el centro y los estados, se crearon y entraron en operación el Grupo Asesor para la Descentralización y las Unidades de Descentralización Estatales. Asimismo, se precisó que a través de los organismos públicos descentralizados estatales se operaran los servicios a la población abierta en materia de salubridad general y de regulación y control sanitarios; se administraran los recursos que aporten tanto el Gobierno Federal como los gobiernos de los estados; y se aplicaran y respetaran las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA, los reglamentos y demás ordenamientos correspondientes, en beneficio del personal que se transfiere.

Conviene resaltar que, al finalizar el dicho año se habían instalado 22 organismos públicos descentralizados en igual número de estados, los cuales asumieron las funciones de prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, salud reproductiva y regulación sanitaria. Al efecto, se les transfirieron los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para su operación, mismos que comprendieron 4 282 bienes inmuebles y 75 245 plazas. Ello, además, implicó la homologación salarial de 5 887 trabajadores estatales.

Por su parte, la SSA asumió el compromiso de reforzar las funciones de coordinación, planeación, evaluación y seguimiento sobre las acciones que realicen los estados. Para asegurar el adecuado manejo de los recursos presupuestales, la dependencia también transfirió las atribuciones en materia de programación, registro y control del presupuesto, al tiempo que promovió la transformación del proceso bajo el cual se distribuye el gasto a las entidades federativas, a fin de adoptar una fórmula que permita favorecer en mayor medida a las entidades que más lo necesitan. Con el propósito de apoyar la toma de decisiones en la materia, se definió un conjunto de 71 indicadores de resultados, con los cuales se evaluará el impacto de las acciones en cada uno de los estados. Este nuevo esquema de asignación presupuestal y evaluación de resultados, inició su aplicación a partir de la integración del PEF de 1997.

Ante la necesidad de atender a los grupos de población abierta con nulo o limitado acceso a los servicios básicos de salud, se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura -PAC-, cuyo eje de operación es el Paquete Básico de Servicios de Salud -PABSS-. Este paquete se constituye por 12 servicios esenciales del primer nivel de atención, que se desagregan en 55 acciones cuidadosamente seleccionadas por su bajo costo y alto impacto social, las cuales pueden complementarse con otras actividades de acuerdo a prioridades y demandas regionales. Los servicios que proporciona el PABSS son:

- Saneamiento básico a nivel familiar
- Planificación familiar
- Atención prenatal del parto y del puerperio
- Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
- Inmunizaciones
- Manejo de casos de diarrea en el hogar
- Tratamientos antiparasitarios a las familias
- Manejo de infecciones respiratorias agudas
- Prevención y control de tuberculosis pulmonar
- Prevención y control de hipertensión arterial y de diabetes mellitus.
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, y
- Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

La operación del PAC se divide en dos vertientes: la ampliación funcional, dirigida a fortalecer los centros de salud con problemas de escasez de personal, insumos y equipo, a fin de que presten servicios en forma regular; y la ampliación geográfica, que comprende la formación de brigadas móviles de atención que, a través de recorridos regulares y sistemáticos, otorgan servicios periódicamente a las comunidades apartadas en los 600 municipios más pobres del país. El programa se distingue por ser desde su origen de carácter descentralizado, al recaer las labores de planeación en los propios estados. Cabe señalar que, dada la coincidencia de sus objetivos con los del Programa IMSS-Solidaridad, se reforzó la coordinación de acciones entre ambas instancias, a efecto de evitar la duplicidad de actividades y lograr un mayor impacto en las zonas de influencia.

El impulso a la participación municipal en la definición de prioridades, la elaboración de programas de salud local, y la realización y evaluación de actividades, constituye un principio fundamental para alcanzar el pleno federalismo en la prestación de los servicios.

En este sentido, durante 1996 se incorporaron al Programa Nacional de Municipios Saludables 496 más que en 1995, alcanzando un total de 606, y se brindó orientación a otros 900. Entre los resultados más importantes se encuentran: la inclusión del tema de la salud en la agenda política y en los planes de desarrollo municipal; y el intercambio de conocimientos y experiencias relacionados con la asignación de recursos municipales hacia obras esenciales para el mantenimiento de la salud colectiva, como es el caso de la obtención de agua potable, la construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de fauna nociva y manejo de desechos residuales en beneficio de sus comunidades.

Con la promoción de la modernización administrativa a nivel central y local, se continuó buscando la mayor eficiencia en las acciones de salud. Sobresale la operación del Sistema de Información en Salud a Población Abierta -SISPA-, diseñado conjuntamente con el Programa IMSS-Solidaridad, cuyo fin es contar con un inventario preciso y confiable tanto de los recursos disponibles para la atención y la cobertura, como de los principales problemas de salud que enfrenta la población abierta. También, se desarrolló el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica -SUIVE-, orientado a la utilización de la información generada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en los niveles local, estatal y nacional.

Por otra parte, los esfuerzos y acciones del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-, se orientaron a avanzar en la reforma del sistema de seguridad social, a fin de cumplir de mejor manera con sus responsabilidades institucionales. De esta forma, sus tareas se enmarcaron en tres vertientes de acción: concretar el Programa de Instrumentación de la Nueva Ley del Seguro Social; continuar con el proceso de

cambio estructural mediante el Programa de Modernización Administrativa; y mejorar la eficiencia operativa y la calidad de los servicios.

Con base en la primer vertiente, el Instituto llevó a cabo una profunda transformación normativa y operativa, indispensable para favorecer la entrada en vigor del nuevo ordenamiento legal a partir del 10 de julio de 1997. Entre las principales adecuaciones destacan:

- La elaboración de 12 reglamentos de la Ley del Seguro Social;
- La celebración de un convenio entre el INFONAVIT y el IMSS, mediante el cual se unificarán los procesos de afiliación, emisión, notificación y recaudación de ambas instituciones;
- La actualización del Catálogo Nacional de Asegurados, que se convertirá en la Base de Datos Nacional del SAR; y
- La introducción de la Clave Única del Registro de Población, que podrá ser utilizada ante cualquier autoridad, para todo tipo de trámites.

Asimismo, se estableció la Administradora de Fondos para el Retiro del Instituto, misma que se denominará AFORE XXI y es administrada de manera conjunta por el IMSS y la Aseguradora Hidalgo.

En materia de modernización administrativa, se distingue la conclusión del Manual de Organización del IMSS. En éste se define una estructura orgánica-funcional orientada hacia la desconcentración administrativa y la autonomía de gestión, por medio de la delegación de facultades y atribuciones a las regiones, delegaciones y unidades operativas en lo referente al control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos. Así, a lo largo del primer año se desconcentraron 175 procesos y facultades, lo que equivale a un avance de 75.0 por ciento del programa. En igual sentido, en las direcciones regionales y delegaciones estatales se determinó implantar procesos desconcentrados en 317 unidades médicas y no médicas, logrando un avance de 175 unidades al cierre del ejercicio. En tanto, a nivel central se fortalecieron las atribuciones estratégicas de planeación, normatividad y evaluación, en correspondencia con la nueva administración por ramo de seguro que se implantará con la entrada en vigor de la nueva ley.

Para aumentar la eficiencia operativa del Instituto y mejorar la calidad de los servicios, se avanzó en la actualización de los sistemas. Destaca la modernización de los procesos de la Tesorería General; la instalación de equipo para la operación de una red nacional de telecomunicaciones IMSS; la revisión del Sistema Integral de Derechos y Obligaciones; y los nuevos sistemas de contabilidad de pensiones, nómina, abasto y de guarderías.

Con objeto de elevar la calidad del servicio médico en el primer nivel de atención, el IMSS avanzó en el diseño de un nuevo modelo de medicina familiar que contempla el incremento de la capacidad resolutoria del médico familiar y la libre elección del médico por el usuario. Con base en dicho esquema denominado Programa de Medicina Familiar Siglo XXI, también se impulsó la definición del Modelo Automatizado de Control de Prestaciones. Cabe señalar que, este nuevo esquema de elección del médico familiar también fue revisado por la SSA, quien llevó a cabo diversos estudios para evaluar su factibilidad¹⁶¹.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado -ISSSTE- continuó con el Programa de Desconcentración de Hospitales Regionales, que tiene como propósito promover una participación más activa y racional de las unidades hospitalarias en la gestión integral del Instituto. Al igual que en el IMSS, el criterio aplicado para la desconcentración de facultades ha sido el de conferir a las delegaciones la ejecución de todas las funciones operativas, mientras que en las áreas centrales se reforzaron las de carácter normativo, de programación, control y evaluación. Con base en lo anterior, se diseñaron las estructuras orgánicas para los hospitales regionales desconcentrados, se analizaron los requerimientos de capacitación, y se establecieron los Consejos Consultivos y Directivos que forman parte de los grupos colegiados del Instituto en las delegaciones y hospitales regionales. Dentro de las acciones desarrolladas, sobresale la desconcentración de los Hospitales Regionales Lic. Adolfo López Mateos, Gral.

¹⁶¹ Retomaremos el tema del IMSS en el siguiente Apartado.

Ignacio Zaragoza y 1o. de Octubre, así como de la Subdirección General de Protección al Salario, la cual se transformó en el Sistema Integral de Tiendas y Farmacias; y se llevó a cabo la reestructuración orgánica del FOVISSSTE. Con el Programa de Revisión, Desregulación y Simplificación del Marco Jurídico que lleva a cabo el Instituto, se actualizaron los tabuladores de cuotas por atención a no derechohabientes y para subrogación de servicios médicos.

A fin de promover una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud, el ISSSTE emprendió el Programa de Fortalecimiento de las Clínicas del Primer Nivel de Atención, cuya etapa inicial abarcó la Zona Metropolitana del D.F. y Estado de México. A través de este programa se avanzó en la actualización del Manual de Organización de las Clínicas de Medicina Familiar; se inició la operación de sistemas automatizados para la programación de consultas, servicios otorgados y monitoreo de la población adscrita a cada una de las clínicas de medicina familiar; y se aplicó un programa intensivo de capacitación, tendiente a modificar la actitud de servicio de los trabajadores, especialmente en lo relativo al trato cálido y cordial.

Marco Jurídico. Los cambios más trascendentes ligados a la Reforma del Sector Salud 1995-2000 requirieron tener asiento en la Ley General de Salud, por lo que en 1997 se incorporaron modificaciones que hicieron más efectiva la desregulación sanitaria, introdujeron una nueva clasificación de los medicamentos y permitieron desarrollar el uso de los medicamentos genéricos en el mercado privado, entre los más relevantes. Igualmente, la Ley General del IMSS se modificó en 1997 reduciendo la cuota patronal y se aumentó la aportación gubernamental a los regímenes de salud y pensiones, se creó el seguro de salud familiar voluntario y se clarificó la opción de reversión de cuotas para los colectivos atendidos por otros prestadores. Se agregan a ese marco los decretos presidenciales de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, sobre los acuerdos para la descentralización de los servicios de salud y la coordinación sectorial en 1997, de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma en el 2000 y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el 2001.

Se pusieron en vigor las Reglas para operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como entidades administradoras de medicina prepagada y en el 2002 se publicaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación de varios programas nacionales como son: el Seguro Popular de Salud, de Comunidades Saludables, de Discapacitados, etc. Entre 1995 y 2002 se han publicado alrededor de 150 NOM en salud y se promulgaron varias leyes importantes, como la antitabaco, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones a la venta y publicidad; de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía; y la ley de violencia intrafamiliar.

Derecho de los ciudadanos a la salud y el aseguramiento. El derecho a la salud está refrendado en el artículo 40 de la Constitución de la República y su protección se consagra a través de los diferentes subsistemas de atención, que en los hechos establece una estratificación en el acceso a los servicios por cada grupo de población. Las políticas de salud vigentes no plantean una integración de los diferentes subsistemas de atención médica, ni la homogeneización de las prestaciones y contenidos de las coberturas. Entre 1996 y 2000 la principal estrategia de reforma fue la ampliación de la cobertura a la población no asegurada mediante la prestación de un paquete básico de servicios de salud, señalando la SSA que al final de ese periodo sólo existían 0.5 millones de personas sin acceso al sistema sanitario, de 10 millones identificados al comienzo¹⁶². A partir del 2001 el acento es colocado en la integralidad de la atención y el aseguramiento, iniciando la oferta del seguro popular de salud en el año 2002, de carácter voluntario y que se financia con un subsidio federal proveniente de recursos fiscales y los aportes de los beneficiarios mediante una cuota progresiva, según los ingresos de cada familia. Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y 6 vacunas asociados a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA, y en su primer año planea afiliar a 59 mil familias de cinco estados, proyectando su extensión futura. También se declara la intención de crecer medio punto porcentual la

¹⁶² GONZÁLEZ Fernández JA. Política social y de salud en México. Presentación en la sede de la OPS, Washington D.C. Septiembre de 2000.

afiliación a la seguridad social cada año, avanzar en la regulación del prepago privado y fomentar los seguros privados mediante la deducibilidad de impuesto¹⁶³.

Rectoría y separación de funciones. Entre 1997 y 1999 se crearon los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada estado, que son las instancias administrativas con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargadas de dirigir, administrar y supervisar los servicios de salud, administrar los recursos asignados y las cuotas de recuperación, y desarrollar la investigación, el estudio y el análisis de la salud en sus territorios, determinando para la SSA la separación de la función de provisión, que quedó bajo la responsabilidad de cada estado, de las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento que se mantienen bajo esquemas compartidos de responsabilidad entre los estados y la federación, conservando esta última la tarea normativa. Se fortalece el papel coordinador del Consejo de Salubridad General con la creación de la Junta Ejecutiva integrada por los titulares de las instituciones públicas de salud y se refuerza la coordinación intra e intersectorial a través de los Consejos (contra las Adicciones, para la Prevención de los Accidentes y de Prevención y Control del VIH/SIDA), Comisiones (Bioética, Genoma Humano, Seguridad e Higiene del Trabajo, Formación de Recursos y de Investigación en Salud), Comités de Salud Bucal, para la Atención al Envejecimiento y de Vigilancia Epidemiológica) y del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

4.1.1.3. Nuevo gobierno, continuidad de las reformas

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 enunció las principales transformaciones del sector para ese período, con seis lineamientos de trabajo que se implementaron en grado variable por la SSA y el IMSS. El nuevo gobierno federal varió el planteamiento de desarrollo del sistema de salud, presentando el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 un nuevo marco cuyos contenidos, según se expresa en la primera parte del documento, son el resultado de una amplia consulta ciudadana llevada a cabo entre enero y julio del 2001, recibiendo más de 22 mil propuestas y opiniones a través de buzones colocados en lugares públicos, vía Internet y en foros estatales y federales celebrados al efecto (143 y 18, respectivamente)⁴⁹.

El PNS 2001-2006 define el rumbo estratégico del sistema nacional de salud y sus contenidos son coherentes con el PND 2001-2006. La SSA ostenta el liderazgo de la implementación y democratización de la salud es presentada como un eje de la propuesta brinda una visión del sistema para el año 2025 anticipando que todo mexicano podrá contar seguro de salud, independientemente de la capacidad de pago, que le garantizará acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención en un sistema a que ofrecerá un trato adecuado y que contribuirá a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos. Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual: la equidad, la calidad y la protección financiera y para enfrentarlos, el PN2006 plantea como objetivos los siguientes: (1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos 2) abatir las desigualdades en salud 3) garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud 4) asegurar la justicia de financiamiento en materia de salud y 5) fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; 9) Ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en el primer nivel de atención; y 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

¹⁶³ GOBIERNO de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002.

Las estrategias en conjunto se componen de 66 líneas de acción y el PNS 2001-2006 enuncia 43 programas de acción para llevarlas a efecto, cuyos contenidos se están dando a conocer en el año 2002. La evaluación del PNS se hará utilizando dos tipos de indicadores a) para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los ciudadanos (b) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. El esquema integral de evaluación cuenta con tres componentes: evaluación del desempeño, evaluación de programas y servicios, y un sistema nacional de indicadores; y las instancias que definieron los criterios de operación son el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud, mientras la SSA está a cargo de la concentración de la información y el análisis de los resultados.

El PNS 2001-2006 reafirma el papel rector de la SSA en el sistema de salud y junto con las reglas de operación de los programas nacionales y otros documentos normativos, se establecen claras acotaciones sobre las responsabilidades federales y estatales en materia de salud y prestación de servicios sanitarios.

Participación y control social. El estímulo a la participación social en salud, tiene su expresión más acabada en el Programa de Comunidades Saludables, impulsado en el marco del PNS 2001-2006. Este programa recoge las mejores experiencias de organización comunitaria para la salud y desde la SSA le brinda un nuevo soporte, enfatizando la orientación hacia la promoción de la salud y asignando recursos financieros para proyectos de salud ejecutados en el municipio. Mantiene la asesoría técnica de la SSA al trabajo de la red de municipios por la salud, se renueva el apoyo a los Comités Locales de Salud en las unidades de primer nivel de atención, al tiempo que se refuerza la creación de Comités Municipales de Salud integrado por miembros de la sociedad civil y del gobierno local. Se desarrollan dos modalidades de trabajo denominadas de participación municipal en la promoción de la salud y de organización comunitaria para la salud, cada una con diferentes etapas, que marcan el grado de organización y desarrollo en las iniciativas que instrumentan¹⁶⁴.

Financiamiento y gasto. El cambio más notable que se espera para los próximos años, luego de las transformaciones que se están introduciendo con el PNS 2001-2006, es el aumento paulatino del gasto en aseguramiento y en contraposición, la disminución del gasto privado de bolsillo, a tenor del desarrollo que vaya alcanzando el seguro popular de salud y también de la aceptación a los seguros integrales de salud que empiezan a brindar las ISES en el mercado privado. Asimismo, el gobierno ha manifestado la voluntad de aumentar el gasto público en salud, ligado al incremento de la recaudación fiscal mediante nuevos impuestos y la ampliación de la base impositiva en el país, los que permitiría a la autoridad sanitaria nacional corregir desviaciones y alcanzar una mayor equidad en la distribución del gasto entre estados, favorecer en el presupuesto a los grupos más desprotegidos e incrementar los montos asignados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Oferta de servicios. El desarrollo del Seguro Popular de Salud establece de facto una modificación al modelo de atención que brinda la SSA, aportando claridad sobre las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios, al tiempo que sustituye el pago de cuotas que hacen los pacientes al recibir atenciones por un pago anticipado. La dinámica de extender paulatinamente este seguro a los estados y unidades de atención del país, junto con su carácter voluntario, determinan que durante varios años coexistirán en los establecimientos de la SSA la atención a pacientes no asegurados y asegurados. En el marco del PNS 2001-2006, el gobierno federal impulsa varios programas enfocados a enfrentar rezagos, que deben mejorar la equidad en acceso a servicios y en los beneficios del sistema de salud. Son los casos del Programa Arranque Parejo en la Vida, que realiza coordinaciones interinstitucionales e inversiones para garantizar cobertura universal y condiciones igualitarias de atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños hasta los dos años de edad; del Programa Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, orientado a mejorar las condiciones de salud y de acceso a servicios de estos grupos, con intervenciones diseñadas a partir de su situación epidemiológica, cultural y las condiciones de vida y trabajo en que se desenvuelven.

¹⁶⁴ SUBSECRETARÍA de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Comunidades Saludables. Primera edición. México, 2002.

En el sector privado los cambios posibles se derivan de la oferta de seguros integrales de salud iniciada en 2002. No se ha establecido la repercusión que esto tenga en el número de asegurados, pero debe hacer más corporativa la práctica médica privada a través de las redes de servicios que establezcan las ISES. *Modelo de Gestión.* No hay certeza sobre las transformaciones que ocurran en el corto plazo, pero algunas de las líneas de desarrollo anunciadas por la SSA apuntan a modificar la gestión de los servicios. El Programa de Hospital Universal plantea adoptar un esquema de autofinanciamiento y autogestión administrativa, instalación de una Junta de Gobierno o Consejo de Administración, la selección del médico por el paciente, la subrogación de servicios mediante contratos y convenios, y en general, impulsar la compra y venta de prestaciones, buscando con ello mejorar la eficiencia interna y del sistema de salud en conjunto. El Programa e-salud Telemedicina, también anunciado en el año 2002, se propone usar de manera más amplia e intensiva las tecnologías de información y las telecomunicaciones para mejorar la eficiencia y cobertura de los servicios, ofrecer servicios informativos sobre salud en línea e incrementar el intercambio de información y la capacitación a distancia. Otra área de trabajo es la aplicación más intensiva de la automatización en la gerencia y los sistemas de información, encaminada a mejorar el control sobre la productividad y los costos, ampliar el acceso a la información y en general, mejorar la gerencia de los servicios de salud.

En las instituciones de seguridad social, particularmente en el IMSS, se espera que prosigan los esfuerzos de desconcentración de la gestión administrativa y técnica hacia las regiones, delegaciones estatales y zonas médicas, sumado a la eventual adopción de esquemas más flexibles de subrogación de servicios y de criterios empresariales para el funcionamiento de la zonas medicas y hospitales de tercer nivel.

Los recursos humanos. El programa de RSS 1995-2000 no contenía una propuesta concreta para la formación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, en cambio el PNS 2001-2006 coloca como la estrategia número diez "Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud", estableciendo tres líneas de acción vinculadas a los recursos humanos: (a) Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud, estableciendo un diagnóstico y adoptando medidas ajustadas a la mismo, así como impulsando la acreditación de escuelas y facultades de medicina, enfermería y odontología b) fortalecer la capacitación de los RH para la salud, realizando programas de capacitación gerencial para directivos, de capacitación técnica para médicos y demás profesionales, desarrollar la educación continua y vincular la contratación y promoción del personal a la acreditación de eventos académicos; y (c) Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud, inexistente actualmente en el país.

Evaluación de tecnologías. No es un tema cuya prioridad está explícita en los programas de desarrollo e inversión sectorial, pero el interés es manifiesto en las instituciones prestadoras de servicios, asociaciones de profesionales, la Academia Nacional de Medicina y los institutos de investigación, quienes han organizado cursos de capacitación y lo incluyen en el temario de congresos y eventos científicos. La dirección de Prestaciones Médicas del IMSS constituyo en el año 2002 la Unidad de Gestión y Evaluación Tecnológica, dándole un impulso especial al tema en su agenda de trabajo.

4.1.2. Evaluación de los Resultados de la RSS.

La implementación de los cambios y transformaciones que encierra el PNS 2001-2006 apenas han comenzado, siendo prematuro cualquier juicio o atribución de impacto sobre el sistema de salud. Por ello, los análisis de esta sección serán con referencia esencial a los resultados vinculados o atribuibles al Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y al conjunto de saldos medible que deja ese proceso, así como sobre los objetivos no logrados.

Equidad. Los mayores logros obtenidos se relacionan con el incremento de la cobertura formal con servicios de salud, mismo que se desarrolló en dos vertientes esenciales:

(1) La población asegurada pasó de 47.5 a 55.1 millones, atribuido al seguro de salud para la familia del IMSS para población no vinculada a la economía formal, pero con capacidad de pago e interés por

asegurarse, y a la afiliación de grupos seleccionados de población que anteriormente no gozaban de ese derecho, como son los pescadores agrupados en cooperativas, jornaleros agrícolas y otros grupos identificados puntualmente

(2) La población no asegurada sin acceso regular a servicios de salud se redujo de 10 millones a 0,5 millones entre 1995 y 2000, según cifras ofrecidas de la SSA, atribuido esencialmente al programa de ampliación de la cobertura, compuesto por un irreductible de 13 intervenciones que la autoridad sanitaria tipificó de bajo costo y alto impacto en la salud, que operó en el área rural de estados seleccionados

Otros incrementos de cobertura ocurrieron en las de mujeres que usan método de planificación familiar, que pasaron 332 por 1 000 MEF en 1995 hasta 350 en 1999; en niños menores de un año de edad con esquema completo de vacunación, que aumentó hasta 89% en 1999 de 49% en 1995; y en los nacimientos que ocurrieron en hospitales, que alcanzó el 86% en 1999 cuando era de 76% en 1995, aunque persisten diferencias entre los estados que varían entre 100% para algunos y 46% en Guerrero. También aumentaron los egresos hospitalarios y las consultas ambulatorias por mil habitantes, a un ritmo anual bastante uniforme durante la última década, por lo que no puede atribuirse a las transformaciones introducidas por la RSS 1995-2000.

No hubo reducción de las diferencias en los beneficios que recibe la población usuaria de los distintos prestadores de servicios de salud. Fue un periodo donde el gasto en salud no creció, de hecho los valores mas altos de gasto anual en salud per cápita y como porcentaje del PIB en los últimos años corresponden a 1994 (264 USD y 6.6%, respectivamente), decreciendo notablemente en 1995 a raíz de la crisis económica de ese año, para luego aumentar año tras año hasta 1999¹⁶⁵.

Efectividad y Calidad. La efectividad de la RSS 1995-2000 medida por el comportamiento de los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad evidencia avances en unos casos y estancamientos en otros. La mortalidad infantil descendió, tanto en su valor nacional (para 1999 era 14.5 la observada y 22.8 la ajustada) como en la diferencia entre los estados extremos del país, tendencia que se manifestaba desde años atrás. En relación con la mortalidad materna, la tasa nacional se mantuvo estable durante la década 5.4 10000 n.v. en 1990 y 5.1 en 1999), y se concentra esencialmente en la región centro y sur, obteniendo el IMSS el saldo más favorable al reducir la tasa de 4.8 a 3.6 entre 1990 y 1999. La mortalidad por cáncer cérvico-uterino tuvo tendencia moderada al descenso (25.0 por 100 000 mujeres de 25 años o más en 1990 y 19.3 en 2000), pero el número de muertes por esta causa para 1999 fue 8.7% más alto que en 1990, aunque cabe esperar mejores resultados para los próximos años luego que en 1998 se actualizó la norma nacional y se incrementó la inversión y la supervisión del programa¹⁶⁶. Los indicadores de atención prenatal no reflejan una alta efectividad, siendo el porcentaje nacional de embarazadas captadas en el primer trimestre de 33.6% y el promedio de consultas prenatales de 4.1 por embarazada para 1999. Si hubo una disminución notable de la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles en los últimos años.

La mejoría de la calidad se abordó mediante varias estrategias: la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o no recibir la atención requerida, que en 1999 atendió 1 794 quejas, brindó 1 341 asesorías y emitió 443 dictámenes periciales; el programa de estímulo al desempeño, que benefició a 56 365 enfermeras, 10 177 médicos y 1 326 odontólogos de la SSA entre 1997 y 2000; los 244 hospitales certificados y otros 706 inscritos en el programa (5,9% de los hospitales evaluados no se les otorgó la certificación); y la certificación de médicos especialistas y médicos generales por las asociaciones iniciadas en el año 2000.

¹⁶⁵ SECRETARÍA de Salud. Gasto público en salud 1999-2000 Síntesis ejecutiva. México, 2002.

¹⁶⁶ SUBSECRETARÍA de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Primera edición. México, 2002.

Un objetivo no logrado de la RSS fue la selección del médico de familia en las instituciones de seguro social, aplicado como prueba en una zona médica del IMSS sin que avanzara hacia la generalización. La información recopilada sobre calidad técnica y percibida en la prestación de servicios sugiere que existen dificultades y problemas en el sistema de salud: el porcentaje de nacimientos por cesáreas pasó de 23.1% en 1991 a 32% en el 2000, y en los servicios privados se observan los valores más elevados con cerca del 55%; la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000 muestra que 76% de los mexicanos piensa que se necesitan cambios fundamentales, mientras 19% opinó que los servicios funcionan bastante bien y sólo requieren cambios pequeños, valores que evidencian una mejoría con respecto a la encuesta de 1994 (83% y 13, respectivamente) pero también que persisten insatisfacciones

Eficiencia. La SSA realizó importantes modificaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos disponibles, al completar en 1999 la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros desde la federación hacia los estados, pasando el porcentaje de participación estatal en el presupuesto de salud de 59,0% en 1996 a 73,7% en 2000, al tiempo que descentralizó amplias facultades en materia de contratación de personal y control sobre los servicios de salud. Asimismo, en 1996 introdujo una fórmula de asignación basada en las necesidades de salud, que utiliza para distribuir los recursos disponibles luego de cubrir salarios y gasto regulares, por lo que promueve la equidad en el financiamiento muy lentamente

En los últimos años han crecido en varias SESA las iniciativas que apuntan a mejorar la eficiencia, como son subrogar servicios complementarios a proveedores externos y controlar los costos.

Un objetivo declarado por la RSS 1995-2000 que no se alcanzó fue integrar los servicios de salud para población no asegurada, persistiendo la separación de los servicios de la SSA y del programa IMSS-Solidaridad en los estados donde este último opera.

Sostenibilidad. Las instituciones públicas de salud trabajan bajo los mismos esquemas generales hace años y su sostenibilidad general no se visualiza en quiebra, aunque operan con racionamientos implícitos. En varios estados y unidades de atención, particularmente en los hospitales de la SSA, se introdujeron mecanismos para captar fondos adicionales mediante áreas de hospitalización para pensionados, venta de servicios según tarifa fijada o por acuerdos contractuales con otros proveedores públicos y privados, cuyos resultados claros son el incremento de los fondos para gastos operativos, que incluso alcanzan a superar la asignación del presupuesto en ese rubro.

En la seguridad social, las transformaciones más notables ocurrieron en el IMSS a partir de 1997 cuando las aportaciones federales se elevaron paulatinamente del 4.5% hasta alcanzar el 28.5% de los ingresos totales esa institución, y se abrió un seguro familiar de salud para personas que estaban fuera del marco de derechohabencia

Participación y control social. Las estrategias más relevantes fueron el impulso al trabajo de comités locales de salud, instancias creadas en la comunidad que apoyan las tareas de prevención y control de enfermedades, contabilizándose para el año 2000 su existencia en alrededor de 18 000 centros de salud del país; así como el desarrollo del movimiento de municipios por la salud con más de 1,500 municipios incorporados, los cuales generan iniciativas de mejoría y desarrollo sanitario organizadas por la autoridad local.¹⁶⁷

4.2. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DE S.S.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es hoy por hoy una de las instituciones mas importantes dentro de la estructura social de nuestro país, en sus orígenes – que datan del año de 1943 –, fue

¹⁶⁷ ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (2002). "Perfil Del Sistema De Servicios De Salud En México ". Programa De Organización Y Gestión De Sistemas Y Servicios De Salud División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud.

creado bajo un concepto de seguridad social integral, es decir, pretendía cubrir para la población derechohabiente, necesidades en materia de salud, cultura y recreación, así como proporcionar apoyos fundamentales en situaciones y circunstancias específicas, con el objetivo final de garantizar el bienestar individual y colectivo.

A 60 años de su creación y de las transformaciones que se han realizado en dicho lapso, en la actualidad se replantea su funcionamiento estructural, condicionado y obligado por el conjunto de reformas a los sistemas de salud dentro de nuestro país y en todo el continente.

Sobre su funcionamiento y la infraestructura (tanto material como humana) ya hablamos ampliamente en capítulos anteriores, en el presente abordaremos de manera específica, cuales y como se han venido implementando los principales cambios, en torno a su reforma interna y analizaremos las principales argumentaciones a favor – o en contra -, de los mismos.

4.2.1. Antecedentes

El IMSS se creó el 19 de enero 1943, cuando se publicó en el Diario Oficial de la federación, la Ley del Seguro Social, ahí se determinó, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social era 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 establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esto se determina como respuesta a la necesidad de dar seguridad social a las familias de la clase trabajadora asalariada, garantizando el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los ingresos de subsistencia ante invalidez, vejez y cesantía, así como los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, aspecto en el que llegaría a tener un papel preponderante en el campo de la seguridad social nacional.

Su desarrollo se dio con un crecimiento y estabilidad desde el período 1946-1952, consolidándose en el Instituto un notable, equipo sociomédico, al mismo tiempo que ampliaban sus servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas, se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la reorganización administrativa, se 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 cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar, con las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras, 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, cifra que se incrementaría en 50 por ciento en el período comprendido entre 1964 y 1970.

A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país, el Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento, durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social que fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973, la nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba 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". Entendiendo en estos términos la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, 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, se convirtió en 1979 en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y al desaparecer el organismo Coplamar, tomó el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, 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, para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Como ya ha quedado establecido a lo largo de la presente investigación actualmente, en el ámbito internacional las instituciones de Salud Pública se encuentran, en mayor o menor medida, sujetas a críticas severas sobre su funcionamiento debido a sus altos costos y relativa ineficiencia, por lo que el análisis del IMSS debe ubicarse dentro de este contexto.

También se ha comentado que los cambios acelerados que se observan en la política social del Estado se adaptan a las recomendaciones de los principales organismos internacionales (léase BM, FMI, BID) mismo que segmentan a través de sus ordenamientos los beneficios de la Seguridad Social, limitando la responsabilidad del Estado hacia aquellos aspectos considerados prioritarios.

Veamos a continuación como han incidido Dichos ordenamientos dentro de la estructura interna del Instituto y su funcionamiento.

4.2.2. Diagnóstico de los servicios médicos del IMSS

De 1993 a 1995, el IMSS llevó a cabo un amplio diagnóstico de sus distintos ramos de aseguramiento, mismo que se utilizó, parcialmente, como base para las reformas a la Ley del Seguro Social aprobadas en 1996 y que entraron en vigor en julio de 1997. El diagnóstico abarcó los tres niveles de servicios médicos en que está estructurado el IMSS y presenta una objetiva autocrítica del organismo¹⁶⁸.

Primer nivel

i) Descripción

Este nivel atiende la gran mayoría de los padecimientos de la población; utiliza el 26% de los recursos dedicados a la atención médica y es también la puerta de entrada del paciente al resto del sistema. Las unidades ofrecen servicio en turnos diurnos de seis horas cada uno durante cinco días a la semana, donde cada derechohabiente sólo puede recibir consulta en el turno correspondiente ya sea de 8 a.m. a 2 p.m. o de 2 p.m. a 8 p.m.

El eje del funcionamiento de la unidad es el médico familiar, que está responsabilizado de cuidar a una población de 2,400 derechohabientes. Dichos derechohabientes están adscritos a una unidad específica de primer nivel donde se les asigna un horario de atención y un médico familiar.

Este médico debe resolverles enfermedades de menor grado de dificultad técnico-médica que se requieren de diagnóstico y tratamiento poco complejos, además de brindar orientación sobre higiene, alimentación y forma de vida. En caso de presentar un padecimiento más complejo, el paciente es trasladado o referido a un hospital de segundo nivel."

¹⁶⁸ IMSS. Diagnóstico (1995).

Las unidades de medicina familiar con más de 5 consultorios, cuentan con los auxiliares de diagnóstico tales como rayos x y laboratorio necesarios para realizar estudios poco complejos y de gran demanda. Cada unidad cuenta con los archivos de afiliación, vigencia y expedientes médicos de la población adscrita a la unidad y tiene una farmacia que ofrece los cuadros básicos institucionales.

Adicionalmente, las unidades de primer nivel ofrecen apoyo a la salud de la población no derechohabiente (población abierta), por medio de campañas de fomento a la salud, vacunación y otras coordinadas por la Secretaría de Salud.

ii) Problemática

"El primer nivel de atención es el más vulnerable del Instituto. Los problemas detectados incluyen largas esperas para recibir la consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico - paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades.

Debe mencionarse que del total de la población actualmente adscrita a las unidades de primer nivel, sólo el 85% fue usuaria de los servicios de salud del Instituto en 1994. Puede decirse que el 15% restante no necesitó los servicios o acudió a instituciones privadas u otras del sector público, lo que refleja parcialmente, la indiferencia o desconfianza de algunos de los derechohabientes con el servicio.

Una de las razones fundamentales de la insatisfacción de los usuarios con el modelo de atención actual es la imposibilidad de establecer una relación médico - paciente confiable y efectiva.

Esto es resultado principalmente de la estructura de incentivos para los médicos de familia, misma que les impide fortalecer esta relación. No hay hasta ahora un sistema capaz de premiar efectivamente la calidad en el desempeño del médico; tampoco puede un derechohabiente cambiar de médico por otro cuya atención le satisfaga.

Cuando el paciente es derivado a otro nivel, el médico familiar pierde el contacto con dicho derechohabiente, lo que agudiza la despersonalización de la relación médico - paciente.

El propio Sindicato (SNTSS), ha solicitado la redefinición del papel del médico familiar, reconociendo el hecho de que a través de los años no se ha encontrado un incentivo capaz de premiar al buen médico, siendo su única motivación esperar la jubilación. Esto repercute en el bajo nivel de capacitación y actualización académica, en un elevado ausentismo y desinterés hacia el usuario.

Lo anterior incide en la baja capacidad para resolver eficazmente dentro del primer nivel de atención un número significativo de los padecimientos de la población, generando sobrecargas en el resto del sistema. Se estima que se podría resolver más rápidamente un mayor número de los casos que actualmente se atienden en este tipo de unidades. En la actualidad en este nivel no se llega a resolver el 85% de los padecimientos como debiera ser - de acuerdo a la Declaración de Alma Mata -, sino una cifra estimada alrededor del 70%, el 15% restante se deriva al segundo nivel, saturando los hospitales generales e incrementando los costos de la atención médica.

La baja capacidad resolutoria es consecuencia también del difícil acceso al primer nivel en situaciones de necesidad apremiante por razones de horario, ya que el médico familiar cumple con funciones de salud comunitaria, lo que le impide poder dedicar mayor tiempo al estudio y solución de los casos.

El deficiente sistema de verificación de la vigencia de derechos impide un adecuado control que permita brindar los servicios con plena certeza a quien tiene derecho legal a ellos. De hecho, se estima que el 30% de quienes reciben consulta de primer nivel no tiene sus derechos vigentes, a lo que se le debe añadir un 40% de quienes reciben el servicio de urgencias sin ser derechohabientes.

Esto incide directamente en los costos para el sistema y en la calidad del servicio que se brinda a los legítimos derechohabientes.

No se pueden soslayar los costos que se generan sobre la economía en su conjunto por causa de las esperas y diferimientos de cita, ya que generalmente un trabajador tiene que ocupar una mañana completa para poder ser atendido, ausentándose ese día a laborar.

b) Segundo nivel

i) Descripción

El segundo nivel de atención está compuesto por hospitales generales de región, zona y subzona que cubren la totalidad del territorio, donde se atienden derechohabientes que le derivan de un determinado número de unidades de primer nivel de su zona correspondiente. En ellos se ofrece atención a los padecimientos de alta demanda y mediana complejidad, que requieren del apoyo de especialidades médicas, de hospitalización para cirugía, así como tratamiento y diagnóstico especializados.

El médico especialista de cirugía general, pediatría, gineco - obstetricia, y medicina interna es el eje central de la atención, recayendo el trato de los pacientes, principalmente en el personal de enfermería. Se apoyan con auxiliares de diagnóstico y tratamiento más desarrollados, garantizando la atención de urgencias las 24 horas de los siete días de la semana.

Este nivel representó el 54% del gasto total de sistema.

ii) Problemática

Si bien el grado de satisfacción del usuario es superior al del primer nivel de atención, debe destacarse que la mayoría de las quejas tienen su origen en problemas relacionados con el abasto oportuno de medicamentos y otros insumos relacionados con el diagnóstico, la saturación de las áreas de urgencias, así como el diferimiento de consulta de especialidades y de intervenciones quirúrgicas.

Adicionalmente, la sobrecarga en las labores del personal en algunas áreas de algunas unidades, especialmente de enfermería, impide la dedicación de más tiempo a sus labores sustantivas, incidiendo en su propia satisfacción. En algunas unidades la sobrecarga de trabajo no sólo se da en enfermeras sino en otras actividades. Esto es ocasionado fundamentalmente, entre otros factores, por el ausentismo del personal, que dadas las características del Contrato Colectivo de Trabajo y la rigidez derivada de éste, no se puede cubrir faltantes con sobrantes de otras unidades, resultando sumamente costoso sustituir diariamente.

b) Tercer nivel

i) Descripción

Conformado por los 42 hospitales de alta especialidad, este nivel atiende a los pacientes con padecimientos de poca frecuencia y que por su elevada complejidad requieren de recursos médicos y técnicos muy especializados para su diagnóstico y tratamiento.

Entre sus actividades se encuentra el desarrollo de tecnología médica de punta y el establecimiento de las directrices de atención para el resto del sistema. Este nivel significó el 20% del total del gasto del sistema.

ii) Problemática

Se repiten las quejas por abasto inoportuno de medicamentos e insumos de diagnóstico, generando retrasos a veces significativos en la atención de los pacientes. El diferimiento es uno de los principales

problemas en este nivel, el cual en ocasiones origina problemas de tipo técnico - médico. Este diferimiento se da básicamente en consultas de especialidades e intervenciones quirúrgicas.

Asimismo el tercer nivel atiende diversos padecimientos que se deberían tratar en el segundo nivel, tales como cirugía laparoscópica, hemodiálisis, etc., que incrementan los costos y distraen recursos.”

d) Estructura salarial

Mientras que un médico gana mucho menos de lo que obtendría en el ejercicio privado, un trabajador de servicios auxiliares o generales gana casi el doble de su salario de mercado”.

Un corolario de lo anterior, no destacado en el documento, es que la excesiva integración vertical, en cada uno de los niveles de atención, es uno de los factores más importantes del mayor costo de los servicios del IMSS respecto de los servicios médicos privados.

4.2.3. Modificaciones a la Ley del Seguro Social: 1997

Derivada de una comisión tripartita (gobierno, sector empresarial y sector obrero) y como consecuencia del diagnóstico situacional y financiero que enfrentaba el Instituto, en 1995 surge una iniciativa de que reforma la Ley del Seguro Social, aprobada por el congreso ese mismo año y puesta en marcha a partir de 1997, entre los aspectos más relevantes de dicha Ley encontramos la modificación del Sistema de Pensiones, así como variantes en materia financiera, tecnológica, administrativa y presupuestal.

4.2.3.1. Principales características y objetivos de la Reforma

Las reformas a la Ley del Seguro Social se inscriben en el contexto de lo que ha sido a nivel mundial, la crítica del Estado benefactor y la adscripción a una política económica orientada a reestablecer los equilibrios macroeconómicos, principalmente para superar la crisis fiscal.

En el contexto de la aprobada Reforma del IMSS, se hace explícita una de las orientaciones básicas de la actual política económica, que es la de articular la política social con la fiscal y financiera.

El aspecto nodal que justifica la reforma realizada, es la insuficiencia financiera, al tenerse una relación de 7 a 1, entre cotizantes y pensionados, la cual hizo que se calculara que para el año de 1999 los egresos del seguro de invalidez, vida, cesantía y muerte, serían superiores a los ingresos, ante ello se podría recurrir a una reserva que sólo alcanzaría para dos años.

La situación se manifestó más grave, ya que el rubro de enfermedades y maternidad se había financiado con recursos provenientes de las pensiones que desde 1973 provenían del pago para guarderías, ante esta debilidad financiera e inviabilidad a futuro, la reforma del IMSS, se orientó por mantener el carácter tripartito de las aportaciones para el seguro¹⁶⁹:

- . De enfermedades y maternidad.
- . De invalidez y vida.
- . De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

De esta manera se mantuvo la cuota patronal de aportación para guarderías y prestaciones sociales, así como para los riesgos de trabajo, aunque ésta asume en realidad un carácter bipartito, ya que el otorgamiento de los beneficios de este seguro serán dados por la institución privada que contrate el trabajador.

¹⁶⁹ NUEVA Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de Federación el 21 de Diciembre de 1995.

Dentro de este contexto se divide el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, en el seguro de invalidez y vida (IV) y de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV), podemos decir que estos seguros son los que dan contenido al nuevo sistema de pensiones privado, de capitalización individual y de aportes definidos, la capitalización individual ya se estaba introduciendo con las reformas de 1992, cuando se crea el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), con la reforma que se inició en enero de 1997, todas las formas posibles de fondos de pensiones de los inscritos en el IMSS adoptan esta figura.

En la ley vigente a julio de 1997 los aportes que se dan para los seguros, representan una prima de 26.5 por ciento del salario base de cotización, esta prima en Ley que rige a partir de 1997, es aproximadamente de 29.5 por ciento. La prima para el seguro de enfermedades y maternidad que representaba 12.5 por ciento del salario base, sube a 13.9 por ciento, en la composición de ésta, llama la atención el incremento de las aportaciones del gobierno y desgravaciones para empleadores y trabajadores, la contribución bruta al seguro de salud, en el que participaba el patrón con el 70 por ciento de la prima, el trabajador con el 25 por ciento y el Estado con el 5 por ciento se modifica, el patrón le corresponderá el 59 por ciento de la aportación, al trabajador el 8 por ciento y al Estado el 33 por ciento, algunas de las razones de esta modificación se encuentran en la aportación que el Gobierno Federal cubrirá mensualmente, equivalentes al 13.9 por ciento de un salario mínimo y que se ajustará trimestralmente al índice nacional de precios al consumidor, ya que la contribución de los trabajadores será a partir de los que ganan más de tres salarios mínimos.

Se establece también un seguro de salud familiar para quienes no estaban incorporados al régimen obligatorio, es decir, podrán acceder todos aquellos trabajadores que no tengan una relación contractual.

El seguro de retiro, cesantía y vejez, mediante la individualización de los fondos de pensiones pasa al régimen de capitalización individual y de gestión privada.

Se establece que tanto la pensión como las prestaciones médicas serán otorgadas al haber cumplido 65 años de edad o en caso de cesantía a los 60 años si se ha cotizado durante 1250 semanas, en la Ley anterior, se tenía derecho a la pensión de vejez o cesantía si se había cotizado por 500 semanas o 9.6 años, en la actual se requiere haber cotizado por 24 años, el aporte es tripartito, el Estado participa con una cuota social, la prima representa el 8.5 por ciento de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, con la reforma, la posibilidad de un retiro anticipado, sólo será posible si antes de los 60 o 65 años, el trabajador tiene en su cuenta individual, fondos superiores al 30 por ciento de su pensión garantizada, o la pensión garantizada será la que el Estado otorgara a aquellos trabajadores que no alcanzaron una renta vitalicia y el seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios que representa un salario mínimo actualizado por el índice de precios al Consumidor.

Si el trabajador no cotizó durante 1250 semanas, pero si logro acumular 750 semanas podrá retirar los fondos acumulados en su Cuenta Individual de Retiro(CIR) en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las 1250 semanas y tendrá derecho a las prestaciones médicas y a la pensión garantizada, si cotizó menos de 750 semanas, retirará su saldo en una sola exhibición y no tendrá derecho a las prestaciones médicas.

La prima del seguro de invalidez y vida, seguirá representando el 2.5 por ciento del salario base de cotización, tendrá una gestión pública y privada ya que la posible pensión, será con la administradora de fondos con la que haya contratado.

También aumentan las semanas de cotización para tener derecho a este seguro, si la invalidez es completa, el trabajador tendrá que haber cotizado durante 250 semanas, si es de 75 por ciento, se deberán haber completado 150 semanas de cotización, en la Ley anterior, se necesitaban como mínimo para ambas posibilidades, cotizar durante 150 semanas.

La Ley aprobada presenta dos características que puestas en práctica pudieran ser contradictorias: Una es la de mantener el compromiso de garantizar protección a los trabajadores y procurar bienestar y de alguna forma esto lo representa la disminución de las primas que los trabajadores aportan para el seguro

de enfermedad y maternidad, aunque, una de las tendencias previsible que se manifiesta es la carga fiscal que representará la transición de un modelo de seguridad social a otro y los compromisos que pueda representar para el Estado sostener dichos beneficios, pero frente a este hecho, se tiene la aceptación de la participación privada en la administración de las pensiones, lo que introduce los ahorros de los trabajadores a la incertidumbre, el riesgo y a la rentabilidad del mercado, los resultados además dependen del nivel de ingreso individual y por lo tanto de los esfuerzos y capacidades de cada individuo en un periodo de vida productiva mayor al pactado desde las primeras reglamentaciones en seguridad social y con un horizonte que en el corto plazo no parece modificar la precariedad laboral.

4.2.3.2. Acciones ¹⁷⁰

La reforma del IMSS ha tenido tres grandes líneas de acción: la nueva Ley y su debida aplicación, con las adecuaciones necesarias al marco reglamentario bajo el que se rigen los sistemas operacionales sustantivos; la reorganización administrativa, acompañada de una amplia reestructuración financiera, presupuestaria y contable; y la modernización institucional, actualización tecnológica e instrumentación del Plan Integral de Calidad.

→ Las Prestaciones Económicas Sociales

Con la nueva Ley disminuyeron las cuotas al IMSS de los trabajadores y de los patrones, aumentando significativamente las del Gobierno Federal. Mientras que con el anterior esquema las aportaciones federales eran del 4 por ciento del monto total de todos los seguros, con las modificaciones a la Ley, el porcentaje se elevó a 39 por ciento, por su parte, los trabajadores redujeron sus contribuciones de 20 a 9 por ciento y las empresas de 76 a 52 por ciento.

Del total de los recursos canalizados por el Gobierno Federal al IMSS y a las cuentas individuales de los trabajadores, alrededor de 62 por ciento se destina al esquema de prestaciones en dinero, que incluye la nómina de pensiones en curso de pago, correspondiente a las pensiones de los trabajadores jubilados bajo la Ley anterior, así como las aportaciones al sistema de cuentas individuales a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), relacionadas a las futuras pensiones de los trabajadores en activo bajo la nueva Ley, el 38 por ciento restante se destina a cubrir las obligaciones legales para los otros seguros, principalmente el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), la nueva Ley modificó la composición de las cuotas tripartitas del Seguro de Enfermedades y Maternidad, a partir de julio de 1997 la participación gubernamental se elevó de 5 por ciento aproximadamente a 33 por ciento, al tiempo que los trabajadores disminuyeron sus aportaciones de 25 por ciento aproximadamente a 8 por ciento y las empresas de 70 por ciento aproximadamente a 59 por ciento.

En este nuevo esquema el Estado si bien por una parte se compromete a otorgar una pequeña aportación adicional para fortalecer la cuenta de cada uno de sus trabajadores, especialmente los de menor ingreso; como una forma de garantizar una pensión mínima como política tendiente a atenuar en cierta medida la crisis en materia de seguridad social; por otra parte, se presenta como uno de los principales ejes de formación al ahorro interno ya que garantiza el sector privado el manejo de un monto considerable de recursos, con ello concreta una estrategia que se espera conduzca a la formación de capital sujeto desde luego, a las leyes del mercado.

En esta forma los seguros sufren un cambio cualitativo, ya que pasan a ser de una responsabilidad social a una individual donde cada persona será responsable de la suficiencia de su propio retiro, rompiéndose con ello el concepto solidario de la seguridad social, hay que agregar que, el concepto llamado ahorro vital, presupone que cada individuo tiene clara conciencia de la necesidad de garantizarse una vejez digna, lo cual implica que debe estar al tanto de los cambios en el contexto socioeconómico, como son comportamiento del mercado, pensiones en curso de pago, etc.

¹⁷⁰ PRESIDENCIA de la República, 1994 a 2000 Informe de Gobierno. Anexo Estadístico, México: Poder Ejecutivo Federal.

El nuevo sistema implicó dividir el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte en dos seguros: el de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y el de Invalidez y Vida, el primero se unificó con el anterior Sistema de Ahorro para el Retiro y es operado por las AFORES, mientras que el segundo se refiere al sistema de rentas vitalicias, el cual opera en la actualidad a través de las aseguradoras privadas.

Cada trabajador cuenta con una cuenta individual que podrá abrir en la Afore de su elección; en ella se depositarán las cuotas obrero – patronal – estatal y los rendimientos que genere, cada Afore operará una sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro (Siefores) que es responsable de la inversión de los recursos de las cuentas individuales, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), es la responsable de la regulación del nuevo mercado, la cual está integrada en forma tripartita: gobierno, sector patronal y obrero.

→ La Reorganización Administrativa

Desde 1995 se modificó la estructura orgánica del IMSS mediante la definición de cuatro diferentes niveles de operación: Central, Regional, Delegacional y la Unidad de Operación, la finalidad de esta estrategia fue adecuar la función administrativa a las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de los servicios, bajo el principio de autonomía de gestión, se dio inicio a un programa de desconcentración de procesos y facultades, cuyo eje fundamental fue la creación de siete Direcciones Regionales en torno a las cuales, se agruparon las 37 Delegaciones con base en criterios de capacidad de atención médica y otorgamiento de prestaciones económicas y sociales adecuados, eficiencia administrativa, logística regional y equilibrio en el número de usuarios entre las diferentes regiones.

Así las Direcciones Normativas del Nivel Central, tienen como principal objetivo, fungir como órganos de planeación, emisión de la normatividad y vigilancia de la operación; las Regionales supervisan, coordinan y controlan la operación regional; las Delegaciones dirigen programas, metas y recursos que a su vez operan las Unidades Médicas, no Médicas y Subdelegaciones, la finalidad de estas estrategias fue hacer acorde la función administrativa con las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de servicios.

Dentro del área de hospitales, destaca la desconcentración de autoridad y capacidad de autogestión de los cuerpos de gobierno, la actualización de los indicadores del proceso de atención médica, la identificación de las necesidades de equipo y la adquisición en sus diversas modalidades de aprovisionamiento, la creación de las Unidades de Apoyo a la Operación en las unidades médicas desde el primer semestre de 1996, fue parte de las acciones para reforzar su capacidad de autogestión.

El número de unidades del Sistema Nacional de Guarderías del IMSS se incrementó de manera significativa a través del nuevo modelo Vecinal- Comunitario, el cual demostró tener una mayor viabilidad para el Instituto,

Asimismo, se integraron Unidades de Apoyo para servicios no médicos, cuyas acciones también estaban encaminadas a reforzar la autonomía y capacidad de gestión, así se reordenaron los servicios administrativos y financieros de las subdelegaciones, se desconcentraron las funciones de personal de contraloría, tesorería e informática a las unidades médicas y no médicas, es importante mencionar que la desconcentración operativa de las delegaciones hacia las unidades operativas, se realizó en congruencia con los programas prioritarios nacionales.

Esto evidencia la generación de mecanismos y procedimientos en el IMSS, a partir de unidades de organización con mayores facultades y mejores prácticas administrativas para cumplir su labor y resolver los problemas de forma más eficaz y expedita, es importante señalar que todas las acciones de modernización se han concebido para operar en un IMSS descentralizado y desconcentrado, por lo que desde el desarrollo mismo de los programas, éstos conllevan una base lógica, promotora de la autonomía de gestión y el pleno aprovechamiento de la capacidad resolutoria que otorga a las Direcciones Regionales, Delegaciones, Unidades Médicas y Subdelegaciones.

Además, se ha puesto especial énfasis en el fortalecimiento del control interno por la importancia que significa manejar con transparencia y plena confiabilidad los recursos de alrededor de 14 millones de aportantes, para ello, se instrumentaron acciones entre las que destacan: las modificaciones al Reglamento de la Comisión de Vigilancia, que precisa sus facultades de supervisión de las inversiones de la Dirección de Finanzas; la elaboración y expedición por decreto presidencial del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS; la creación de los Consejos Consultivos Regionales con participación tripartita; la regionalización de las actividades del auditor externo y la transformación del órgano interno de control desconcentrando su dependencia directamente a la SECODAM, funcionando así con plena autonomía en todos los niveles de operación, en este sentido, es importante mencionar que el IMSS fue la primera entidad que llevó a cabo dicha adecuación administrativa

Un aspecto a destacar es la eficacia del Instituto en la recaudación de las cuotas para todos los ramos de aseguramiento, incluyendo las cuotas, aportaciones y amortizaciones del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), así como el debido registro individual de los recursos, al nuevo Sistema Único de Autodeterminación de Cuotas Obrero Patronales, conocido como SUA y operado a partir del 1º de julio de 1997 ha permitido en promedio nacional, una recuperación de 97.7 por ciento.

Una de las principales estrategias del IMSS para elevar la calidad en la prestación de sus servicios es el Plan Integral de Calidad, que se aplica desde 1997 en ámbitos geográficos específicos de las diferentes delegaciones del sistema institucional, mediante la conformación de 37 equipos integrados por directivos del Instituto y representantes del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social; asimismo, se han formularon 37 planes en las delegaciones, con el fin de mejorar los procesos sustantivos de la institución, entre los que destacan los servicios de medicina familiar, consulta de especialidades, urgencias, cirugía y abasto de medicamentos.

Con ello se busca fortalecer los programas de atención médica integral, la finalidad fue poner en marcha la participación de liderazgos efectivos en cada unidad de trabajo, además de lo cual, como ya se menciono, este espacio recuperado revitaliza un modelo de atención institucional que viene de años atrás, mediante un esquema de regionalización con base en las zonas médicas.

Con este fin, el IMSS trabaja en la puesta en operación del Modelo Institucional de atención Integral a la Salud, para ello, el Instituto y su representación sindical trabajan en la elaboración de programas, sistemas y formas de operación que con la participación responsable de todos y la confianza en la capacidad de la Institución y su personal para enfrentar con éxito retos formidables, eventualmente habrán de resolver la problemática derivada del crecimiento constante de la derechohabencia.

En congruencia, los servicios de atención y orientación a los derechohabientes se emprendió un proceso de modernización de sus sistemas y método de investigación de las necesidades y de las expectativas de los usuarios, cuya fortaleza radica en la aportación de elementos útiles para dar respuesta oportuna a las legítimas exigencias de los usuarios y al mismo tiempo, de reaccionar ante los desafíos del futuro.

Por otra parte, en 1999 se instituyó el Premio IMSS de calidad como mecanismo para transformar la capacidad de gestión de las unidades operativas y desarrollar una cultura de calidad institucional, así como, para establecer una metodología basada en los valores, principios y los ocho criterios del premio nacional de calidad, a fin de evaluar los procesos de mejora generados y reconocer los esfuerzos y resultados de las diferentes unidades operativas.

El esfuerzo de calidad impulsado por el Instituto, permite asumir la queja como un valioso insumo para la mejora continua, por ello en el marco de la reorganización administrativa, se impulsa la desconcentración en la atención y la resolución de las quejas vinculadas con la presentación de servicios médicos, a la par del establecimiento de la red de comunicación y la modernización del equipo de computo para agilizar el trámite en la resolución, en 1994 realizaban esta función a nivel nacional 1 mil 040 personas con dos equipos de computo, un equipo por 136 cada 500 personas, actualmente laboran mil 380 empleados y se cuenta con un equipo por cada 2 personas.

Como parte fundamental en la reforma administrativa y en seguimiento al objetivo de reducir costes de operación, se concesionaron a particulares los centros vacacionales (Oaxtepec, Trinidad y Malinche), aún cuando la operación sigue en manos del Instituto.

En cuanto a la infraestructura escénica utilizada para promover el desarrollo cultural, los teatros que antes operaba el IMSS, ahora son operados por empresas especializadas, mediante licitaciones abiertas convocadas junto con CONACULTA, cuyos fallos son emitidos en los términos de las convocatorias correspondientes por un comité integrado en su totalidad por destacadas personalidades de ese medio, designadas por la propia comunidad teatral, de esta manera, se sigue fomentando la cultura sin que represente una carga financiera inconveniente para el IMSS

En síntesis la reorganización administrativa tiene importantes logros que disminuyen la distancia entre la ubicación de los problemas y su solución; reducir la intervención de múltiples instancias y niveles en diversas acciones; existe una definición clara de las responsabilidades de cada nivel; se desconcentra la gestión; el manejo de recursos se hace más eficaz y transparente y finalmente, como consecuencia de los anteriores, se mejora la calidad y oportunidad de los servicios que presta el Instituto bajo un enfoque de atención integral a la salud de sus derechohabientes, totalmente independiente del nivel de sus aportaciones a la seguridad social.

Sin embargo se plantearon nuevas reformas en donde el IMSS busca tener una mayor autonomía en el manejo de los recursos como la fiscalización de las cuotas, pero es importante tener siempre la firme visión de que la seguridad social es un instrumento de justicia social que debe basarse en la universalidad, que debe ser disfrutado por todos los sectores.

4.2.4. La Nueva Reforma Complementaria: 2001

El Consejo Técnico fue instruido por la Dirección General para llevar a cabo un proceso de modificaciones y de cambio en la operación del IMSS. Este proyecto fue presentado al Presidente de la República concretizándose en diciembre de 2001 abriendo la puerta legislativa para una serie de modificaciones que, en la actualidad, se están instrumentando.

En octubre de 2001 se pusieron a la consideración del Congreso una serie de adiciones y modificaciones a la ley del Seguro Social, mismas que, contaron con el apoyo unánime de todas las facciones parlamentarias. Esta reforma no afecta la arquitectura de la seguridad social, en términos de esquemas de financiamiento, definiciones de beneficios, obligaciones y derechos o del esquema de aseguramiento o de las primas correspondientes; fue una reforma de la gestión interna del instituto en su carácter de organismo público descentralizado.

Lo que se logró con dicha reforma fue darle un régimen presupuestario adecuado a lo que, en el fondo, es una entidad aseguradora que toma riesgos, a través de la creación de una estructura de reservas financieras y actuariales para las distintas ramas de aseguramiento; se le dio un régimen de transparencia que precisamente se vierte en el primer informe presentado ante el Poder Legislativo; y además de que se le dio un fortalecimiento de sus facultades fiscales en su carácter de organismo fiscal autónomo para evitar la evasión de cuotas patronales, además de que se implementaron mecanismos adicionales para mejorar el trabajo al interior del Instituto. En base a lo anterior, en los últimos años, el Consejo Técnico ha venido impulsando un proceso de cambio que se puede conceptualizar en las tres grandes áreas del Seguro Social: a) el Seguro Social es una institución que provee servicios médicos; b) el Seguro Social es la segunda autoridad fiscal del país, después de la Secretaría de Hacienda, pues es el instrumento a través del cual se recaudan los seguros de retiro, que a su vez se canalizan a las Afores y es también el instrumento por el cual se recaudan los recursos para el INFONAVIT, que sumados, son alrededor de 200 mil millones de pesos al año; c) el Seguro Social provee otras prestaciones sociales no médicas, principalmente pensiones y guarderías.

Veamos a detalle estas nuevas reformas:

Bajo el nuevo paradigma de la seguridad social, la reforma de 1995 pretendió fortalecer la formación del ahorro interno y resolver el problema financiero del IMSS, referente a las pensiones de los afiliados actuales y futuros del apartado "A" del Art. 123 Constitucional, sin embargo, a ocho años de la reforma se hace un nuevo diagnóstico por parte de IMSS planteando el problema de la ineficiencia de reservas para el Régimen de Jubilados y Pensionados de los propios trabajadores del IMSS (RJP) y para los ramos de aseguramiento diferentes de las pensiones. Los principales objetivos anunciados por el gobierno federal se resumen en los siguientes puntos:

- El fortalecimiento del sistema financiero y presupuestario del IMSS,
- La permanencia de los Ramos de Aseguramiento,
- El Régimen Tripartita,
- El cumplimiento de las obligaciones y el pago de pensiones.

Los objetivos anteriores se ven reflejados en las siguientes adiciones a la ley del Seguro Social¹⁷¹:

- a) Concepto de Patrimonio y Constitución de Reservas Técnicas,
- b) Fiscal,
- c) Presupuestario,
- d) Modernización Tecnológica,
- e) Administrativa y de Desarrollo de Recursos Humanos,
- f) Mejora de Pensiones.

- a) El Concepto de Patrimonio y la Constitución de las Reservas Técnicas.¹⁷²

Anteriormente la Ley no especificaba entre el patrimonio del IMSS y las reservas del seguro; así como del Régimen de Jubilados y Pensionados (RJP), actualmente, se diferencia entre la pertenencia de los derechohabientes y sus trabajadores.

Antes de la Reforma, se consideraban como "recursos" todo activo del IMSS sin distinguir entre los que son del Instituto y de aquellos que pertenecen a los trabajadores y sus derechohabientes o bien, que son parte de la garantía de presentación de servicios futuros.

La iniciativa propuso dotar de mayor precisión a la administración de las reservas estableciendo primero, la diferencia entre el concepto de Patrimonio y el de Reservas; y segundo, estableciendo en el texto de la ley la manera en que debe administrarse el régimen de reservas. Se modificó:

Patrimonio: Bienes muebles e inmuebles y otros bienes y derechos destinados directamente a la prestación de servicios.

Reservas: Son las que garantizan el cumplimiento de los seguros que administra el IMSS y el RJP, por tanto, no se deben considerar parte del patrimonio, bienes muebles e inmuebles provenientes de dación o adjudicación en pago de cuotas obrero patronales.

Constitución de reservas: De carácter técnico para los ramos de aseguramiento que administra el IMSS, son recursos dedicados al servicio y beneficio de los derechohabientes.

Por cada ramo de aseguramiento, se propone constituir y diferenciar una reserva, en cuatro niveles, actualmente las cuotas obrero patronales, las aportaciones gubernamentales y otros ingresos, se constituirán de inmediato en provisiones que se dedicarán a financiar los gastos derivados de la administración de los ramos de seguro, lo cual se podrá disponer de las reservas para cumplir los fines

¹⁷¹ **DIARIO** Oficial de la Federación del 20 de diciembre de 2001, Decreto en donde se informan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social (LSS).

¹⁷² **REVISTA LABORAL**, "Panorama General de la Reforma a la Ley del Seguro Social 2001" Núm XIII, Febrero del 2002

previstos en la propia ley, cada tres meses, se realizarán aportaciones para su incremento o reconstitución.

En beneficio de la transparencia, probidad y certidumbre en el manejo de las reservas, se propuso la elaboración de un Programa anual de administración y constitución de reservas; así como, de una unidad administrativa especializada en la administración financiera de las reservas

b) Fiscal

El objetivo: es la definición y claridad en el texto de la ley, de todas las características de la singular naturaleza jurídica del IMSS:

- Organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.
- Carácter tripartita: en su integración patrimonial y administrativa.
- Organismo fiscal autónomo.
- Definición de facultades recaudatorias.
- Régimen presupuestario autónomo.

Desde 1944 el IMSS tiene carácter de organismo fiscal autónomo, sin embargo, con la reforma se da certidumbre sobre el régimen fiscal aplicable y sus facultades coactivas.

Se legisló con la finalidad de que el IMSS ejerza todas las atribuciones que implica su carácter de Organismo Fiscal Autónomo, definiendo su marco legal y vinculando los ingresos con los egresos, considerando su especificidad tripartita incorporando en un nuevo capítulo de la Ley, disposiciones congruentes con el Código Fiscal de la Federación y con otros 13 reglamentos.

Se reformó en lo fiscal para que el IMSS tuviera las siguientes facultades:

- Dar certidumbre a las características propias de la actividad del IMSS,
- Establecer en la Ley que el Instituto formule directamente las querellas,
- Tipificar cada uno de los actos u omisiones en que incurren los sujetos obligados y que entrañan una defraudación al organismo,
- Establecer las sanciones respectivas donde los delitos contemplados no sean calificados como graves y permitan la libertad bajo caución,
- Incluir un capítulo de infracciones por actos u omisiones en que incurren los sujetos obligados.

c) Dimensión Presupuestaria

Actualmente el régimen presupuestario del IMSS se regula conjuntamente con el ingreso y el gasto dado; en materia de gasto, la regulación operativa hace muy lento el ejercicio de los recursos ante el dinamismo de las necesidades de los derechohabientes, con las nuevas reglas el Congreso y el Ejecutivo Federal (SHCP) controlaran el flujo de efectivo del IMSS y obligan a la constitución de reservas.

Si bien se le otorga flexibilidad al control detallado del gasto del IMSS, se mantendrá la aplicación de la legislación de adquisiciones, obras y responsabilidades.

En lo referente a la rendición de cuentas se presentará al Congreso y al Ejecutivo Federal un informe a más tardar el 30 de junio de cada año, que incluya cuando menos:

1. Situación financiera de cada ramo de aseguramiento,
2. Posibles riesgos, contingencias y pasivos, y,
3. Capacidad financiera del IMSS.

La Dirección General del IMSS pondrá a consideración del Consejo Técnico, 45 días naturales antes del envío del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación al Congreso, un anteproyecto de

Presupuesto de Ingreso y Egreso del IMSS, contando con la autorización del Consejo Técnico y la opinión favorable de la SHCP y se envía al Congreso de la Unión como parte del paquete financiero anual.

Durante el ejercicio, sólo la SHCP puede modificar las metas de reservas a la baja, y la SECODAM y la Auditoría Superior de la Federación ejercerán todas sus atribuciones de vigilancia en el IMSS.

d) Modernización Tecnológica

En lo que se refiere a la modernización tecnológica se dio la facultad al IMSS, de poder hacer uso de los medios electrónicos, digitales, magnéticos y tecnológicos para realizar acciones como las siguientes:

- Realizar las acciones de afiliación y cobranza vía Internet, medios magnéticos, electrónicos, digitales y de cualquier otra naturaleza,
- Certificar la vigencia de los derechos al proporcionar un medio único de identificación,
- Incorporar la firma electrónica, de carácter personal, confidencial e intransferible, con validez legal como firma autógrafa, garantizando un uso apropiado,
- Establecer el expediente clínico electrónico, certificable por el IMSS para efectos legales, garantizando un uso apropiado y con disposiciones de confidencialidad.

e) Administrativa y de Desarrollo de Recursos Humanos.

En lo referente a la reforma en la administración y desarrollo de los recursos humanos, se busca impulsar una cultura de responsabilidad, servicio y buen desempeño a través de las siguientes acciones:

- Regulación de la relación laboral con el personal de confianza mediante la Ley Federal del Trabajo, mediante las disposiciones del Reglamento Interior del IMSS y del Estatuto que al efecto emita el Consejo Técnico,
- Conformación de una estructura orgánica y ocupacional conforme a las necesidades del servicio, diseñando y estableciendo un sistema de compensación basado en mérito (Estatuto Especial aprobado por el Consejo Técnico).
- Flexibilidad de la estructura administrativa y su cobertura geográfica, estableciendo la estructura de organización interna en el Reglamento Interior emitido por el Ejecutivo Federal,
- En toda medida inherente a modificar la cobertura administrativa geográfica, se respetara la creación de órganos tripartitas, conforme a la estructura del IMSS.

f) Pensiones

En relación a las pensiones otorgadas con fundamentos en el Título Segundo, Capítulo V, Secciones tercera y cuarta de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo de 1973 y el Título Segundo, Capítulo VI, Secciones segunda y tercera de la Ley del Seguro Social vigente, Se determino que se llevarán al cabo las siguientes acciones a través de un esquema de factores y modalidades.

a) Los pensionados cuyo monto de pensión sea menor a un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, ésta se incrementará hasta igualar dicho salario mínimo,

b) Los pensionados de 60 años o más, con pensión igual o mayor a un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, el monto de su pensión será el resultado de multiplicar la pensión que reciban al 31 de marzo del 2002, por el factor 1.1. para todas las viudas cuya pensión sea igual o menor a 1.5 salarios mínimos vigentes en el Distrito Federal, el monto de su pensión será el que resulte de multiplicar la pensión que reciban al 31 de marzo del 2002, por un factor de 1.1111. Éste supuesto se aplicará a aquellas viudas con pensiones otorgadas hasta el inicio de vigencia del presente Decreto, que entro en vigor a partir del 1° de abril de 2002.

4.2.4.1. Acciones¹⁷³

Con todo lo anterior, el IMSS ha buscado construir una relación moderna, responsable y muy respetuosa con los empresarios cumplidos, en el entendido de que la inmensa mayoría de los empresarios cumplen puntualmente con sus obligaciones con la seguridad social. Para ello se establecieron una serie de disposiciones que limitan o reducen las facultades discrecionales del Consejo Técnico en materia de condonación de cuotas obrero patronales; estableciendo regímenes de mayor seguridad jurídica para los contribuyentes que entregan sus estados financieros dictaminados, para los cuales el Seguro Social ya no tiene facultades de auditoría cuando se entreguen sin observaciones por parte de un contador público y establece facilidades como la firma electrónica y el pago electrónico de las contribuciones.

En la actualidad cerca de 36 por ciento de los asegurados llevan a cabo sus movimientos de alta o cambio de salario o afiliación mediante procesos electrónicos, particularmente por Internet; se entregan los estados en discos compactos; y se da validez jurídica a la firma electrónica; se establecieron también procedimientos para la seguridad jurídica de diversas operaciones y al pago a través de portales bancarios, se establece que, al concluir la administración Foxsita, se haya tecnificado totalmente la operación del Instituto en su carácter de organismo fiscal autónomo.

En materia de prestaciones sociales se destaca el tema de las guarderías. Entre el cambio demográfico sufrido por el país está la incorporación de la mujer a la fuerza laboral; incorporación que se facilita en la medida que las mujeres disponen de guarderías para sus pequeños. Al inicio de la administración se tenía una atención de cien mil niños en las guarderías del Instituto; al cerrar el segundo año se había alcanzado un 40% más, buscando nuevos métodos de prestación de servicio de tal manera que se puedan alcanzar a otros 25 mil niños más.

Por lo que toca a la parte médica, es claro que un enfoque estrictamente curativo o reactivo ante la problemática de gastos médicos de pensionados, la transición epidemiológica y la dinámica de los cambios, es insuficiente e innecesariamente costoso, tanto desde el punto de vista financiero como de la atención al paciente. Por ello, en los últimos dos años, el IMSS, junto con su Sindicato, ha buscado un mejor balance entre la medicina curativa y la medicina preventiva. En agosto del año pasado, el Consejo Técnico aprobó una estrategia, denominada PrevenIMSS, que es un conjunto de programas integrados de prevención de la salud. Aspirando a un cambio cultural en la población para cambiar la relación entre el médico y los derechohabientes, para que se entienda que es necesario un autocuidado de la salud, y a un enfoque más preventivo y corresponsable en la mejora de la salud. Al interior del Instituto se busca un mejor balance entre los recursos que se canalizan al primer nivel de atención, a los que se canalizan al segundo y tercer niveles.

Si bien la frontera de la medicina en torno a la investigación y la docencia está en el tercer nivel de atención, el 85 por ciento de los derechohabientes del Instituto sólo van al primer nivel, es ahí donde se lleva a cabo un esfuerzo para modernizar las clínicas, equipándolas con medios informáticos, equipo médico, introduciendo un expediente clínico electrónico para cada paciente, así como mediante la distribución de una cartilla de salud con un protocolo preventivo, que va más allá de una cartilla de vacunación, en función de la edad y sexo de las personas, que se llevará con un sustento electrónico.

Atender mucho el primer nivel podría poner en riesgo, sin embargo, un papel crítico que juega el Instituto en la medicina en México. El IMSS no solamente es el mayor proveedor de servicios del país; ha jugado un papel central en la investigación clínica y en la docencia médica, por ello, el Consejo Técnico aprobó, a propuesta de la Dirección General, un nuevo esquema de gestión para los hospitales de tercer nivel, por el cual se constituirán en Unidades Clínicas de Alta Especialidad, con autonomía de gestión y presupuestaria y un esquema de desempeño e incentivos que busca promover la mejor práctica médica en beneficio de los derechohabientes, en un esquema de mayor fluidez en los sistemas de referencia y contrarreferencia entre el segundo y tercer niveles, así como para promover la investigación y la docencia

¹⁷³ PRIMER Informe de la Situación Financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado ante el Congreso de la Unión. (2002). Consejo Técnico del IMSS

médicas. Con esto se buscará una mayor fluidez entre las instituciones públicas del sector salud a través de la creación de las bases de un sistema público más eficiente e interrelacionado.

El proceso de transformación del IMSS requiere de una mayor satisfacción del derechohabiente, de revalorar el primer nivel de atención y de la atención preventiva; todo ello no será posible si no hay un adecuado abasto de medicamentos. El IMSS busca una relación respetuosa y de largo plazo con los proveedores de medicamentos, en el entendido de que es necesario superar problemas de transparencia e ineficiencia. Está en marcha la descentralización del proceso de abasto del Instituto. Se busca crear distintos tipos de esquemas acordes al tipo de unidad, junto con el ISSSTE, la Secretaría de Salud, el Consejo de Salubridad General, mediante medidas como la introducción de genéricos intercambiables, la apertura de la competencia y participación en la compra de medicamentos, a fin de pasar de un enfoque de negocio de márgenes a un enfoque de negocio de volúmenes pues cada día se requerirán más medicamentos. Sin embargo, resuelto todo lo anterior, se habrá puesto al Instituto en la tendencia de atender mejor al derechohabiente, de una mejora sistémica, sin negar los problemas estructurales del Instituto.

4.2.5. Los Retos que Enfrena el Instituto: 2003

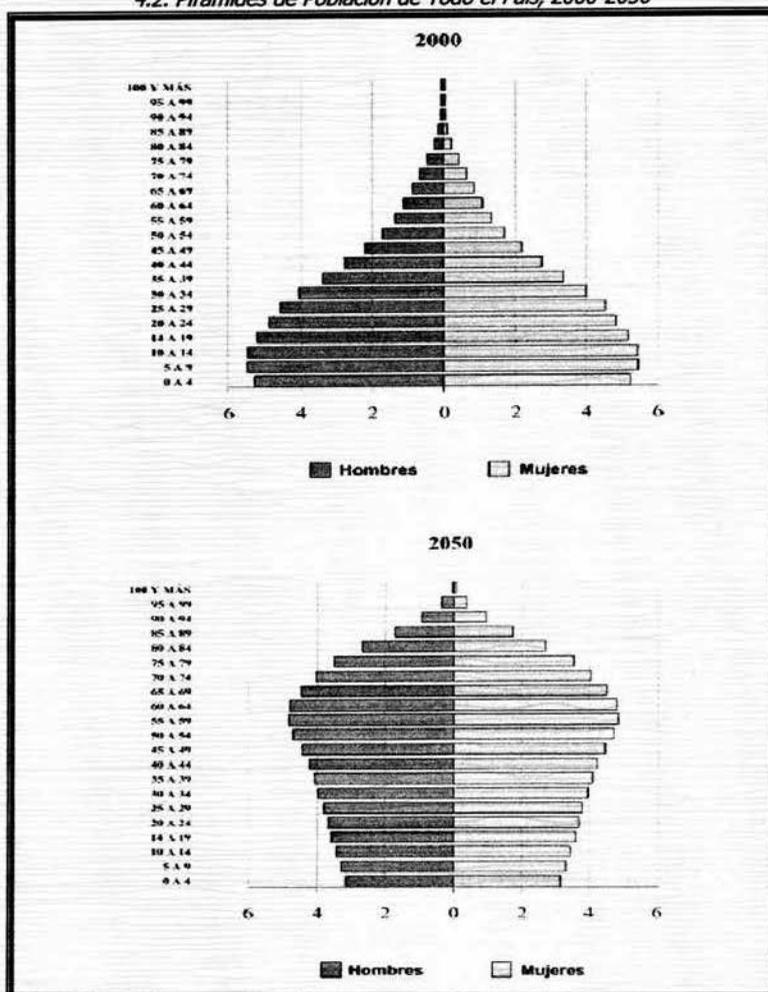
El pasado 16 de junio del 2003, se presentó, ante el Congreso de la Unión, por parte del Dr. Santiago Levy Algazi, Director del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, el segundo informe de la situación general de dicho Instituto, en este apartado destacaremos los puntos más relevantes, tendiente a dar continuidad a las reformas ya iniciadas o en proceso de implementación.

De acuerdo a dicho informe se consideran cuatro retos del Instituto en los próximos años:

Primero: Una rápida transición demográfica

Con base a las proyecciones de la CONAPO; el país va experimentar una transición demográfica muy pronunciada, en donde lo más notable será el crecimiento de la población de 65 años o más, en los próximos 25 años, con lo que dicha población se duplicará en tamaño, simplemente la inspección visual de la pirámide poblacional del año 2002, con la proyectada para el año 2050, muestra un cambio dramático en la estructura de población del país.

4.2. Pirámides de Población de Todo el País, 2000-2050



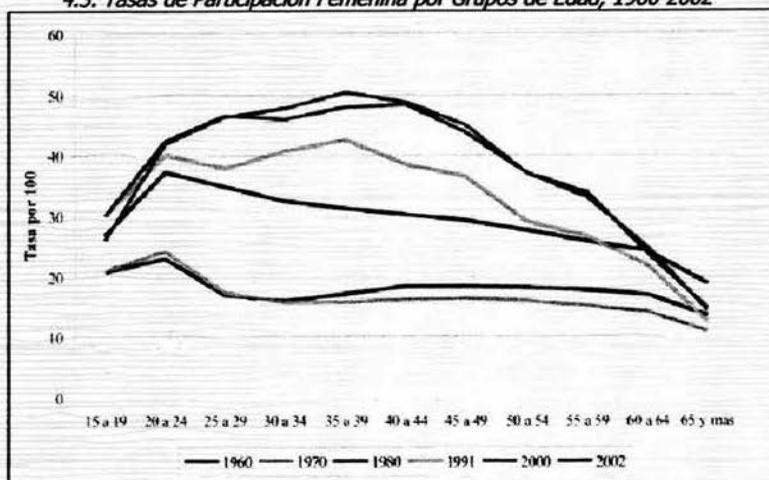
Fuente: Proyecciones de población, CONAPO, 1996.

Esto va a llevar a que, en el llamado índice de dependencia (número de trabajadores que dependen de un trabajador activo), aumente continuamente, y de mantenerse la edad de retiro, en 65 años de edad, será creciente la carga para cada trabajador activo, de soportar a un número mayor de trabajadores jubilados.

De igual manera como se observa en la gráfica anterior la población en edad de trabajar, también aumentará considerablemente, con lo que el Bono demográfico de la población que tendrá que incorporarse al mercado laboral será de 22 a 24 millones de mexicanos, lo que implica el reto de adherir a dicha población al Sistema de Seguridad Social o contrariamente enfrentar un serio problema social cuando ésta población alcance la tercera edad y no cuente con las condiciones suficientes para acceder a una jubilación.

Otro cambio notable que se experimenta en México, es el incremento continuo en la participación de la mujer, en el mercado formal de trabajo.

4.3. Tasas de Participación Femenina por Grupos de Edad, 1960-2002



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo. Encuesta Nacional de Seguridad Social, 2000.

La última línea, en color verde, muestra que más o menos entre los 30 y los 45 años de edad, casi la mitad de las mujeres participan en el mercado formal de trabajo, lo cual tiene implicaciones importantes para el seguro de guarderías que ofrece el Instituto.

Otro cambio importante que se experimenta en México, es que, la composición de los hogares se está modificando de forma muy importante. Ya en el año 2000, más del 20% de los hogares del país, eran hogares que estaban encabezados por una mujer, y dado que en los últimos 20 años el aumento de la tasa de divorcio ha sido mayor que la de matrimonio, se presenta un fenómeno diferente de composición familiar con mucho más familias encabezadas por mujeres, y mucho más mujeres participando activamente en la fuerza de trabajo, lo que representan un reto desde el punto de vista de la cobertura de la seguridad social.

El Instituto, sin embargo, no está dando la cobertura suficiente en materia de guarderías, en función del número de hijos de madres derechohabientes que nacen en el Instituto, y a pesar del esfuerzo que se ha hecho en los últimos cinco años, de aumentar considerablemente el número de guarderías, el rezago que se tiene en esta materia, es todavía muy importante.

Otro hecho característico del país, es una muy fuerte migración, tanto dentro del país, como del país hacia afuera.

Hoy uno de cada cinco mexicanos, radica en un estado distinto donde nació. Un porcentaje muy importante de la población, migra singularmente en el país, y el esquema de incorporación a la seguridad social, no recoge fielmente el fenómeno que esto representa.

El caso particular es el de los jornaleros agrícolas. En la reforma a la ley del 97, los jornaleros agrícolas se incorporan al Seguro Social, al declararse que existe una relación formal obrero-patronal, cuando se incorporan a este tipo de trabajo, sin embargo, esto sólo sucede durante 8 meses del año, durante los cuatro meses restantes, esa población no goza de los derechos de la seguridad social, por los que el fenómeno migratorio implica un reto adicional al Instituto, el cual no se está cumpliendo a plenitud.

Sumando a lo anterior, debemos considerar el problema de migración internacional particularmente, a Estados Unidos ya que estos trabajadores al no estar dentro del mercado formal mexicano, ni norteamericano; no acumulan ningún tipo de prestación para su vejez

Todo ello señala la necesidad de ir adecuando los conceptos de seguridad social, a una realidad social y a una dinámica del mercado de trabajo, que ha rebasado la concepción tradicional de la seguridad social, contenida en la ley.

Segundo: Una rápida transición epidemiológica.

Hace menos de 25 años, más de la mitad de las muertes en el Instituto, eran muertes de niños de 0 a 4 años de edad. Hoy en día menos del 10% de los niños, mueren en el Instituto, dentro de ese rango de edad.

Contrariamente, la mitad de la mortalidad del Instituto, ya es de personas de 65 años o más, lo cual indica que la esperanza de vida, y la expectativa de vida de la gente del Instituto, está cambiando muy rápidamente, y que la población del Instituto, vive mucho más año que en el pasado.

En paralelo está cambiando el tipo de enfermedades que se enfrentan: Lo que los médicos denominan enfermedades transmisibles o de la nutrición y la reproducción, se han abatido de forma notable como causas de mortalidad al interior del Instituto, y lo que ha crecido de forma muy importante, como causa de mortalidad, son las llamadas enfermedades no transmisibles: diabetes, cardiopatías e hipertensión, entre otras.

Dos cosas importantes de estas enfermedades, deben de ser señaladas: Para muchas de ellas, con el conocimiento médico actual, no existe una cura; La diabetes o la hipertensión, son enfermedades que se controlan, pero con las que las personas van a vivir, por el resto de sus vidas; eso es muy diferente de lo que era la tuberculosis o las diarreas en donde existe un restablecimiento total; El segundo punto, es que en gran medida este tipo de padecimientos, aflige más a la población de la tercera edad, que como se menciono anteriormente, es el segmento de población que más rápidamente está creciendo al interior del país.

Lo anterior se ve reflejado en el tipo de población que está atendiendo el Instituto: existe una demanda en el número absoluto de consultas externas en donde se observa que la población joven no ha aumentado, mientras que la de adultos mayores se ha multiplicado por más de tres. Es previsible que estas tendencias se agudicen en los próximos años, poniendo en riesgo la viabilidad del Seguro de Enfermedades y Maternidad con su actual estructura de aportaciones.

El Instituto tiene que cambiar sus mecánicas y formas de atención, en una población que está envejeciendo rápidamente y que, representa nuevos padecimientos y nuevos requerimientos financieros para el óptimo desempeño de su actuación.

Tercero: Ampliación de la cobertura.

Existe un importante segmento de la población en edad intermedia - entre 30 y 60 años-, alrededor de 10 millones de trabajadores, que están fuera de la seguridad social, y que de mantenerse el esquema actual, van a llegar a la edad de retiro, sin ningún tipo de pensión.

Esto va a representar potencialmente un grave problema social, sobre todo en la medida en que los mecanismos tradicionales de solidaridad intergeneracional, en donde los jóvenes apoyen a los viejos, pueden ser trastocados por los mismos fenómenos sociales, que han señalado anteriormente (cambio en la composición en las familias, migración nacional e internacional y la separación de los hogares).

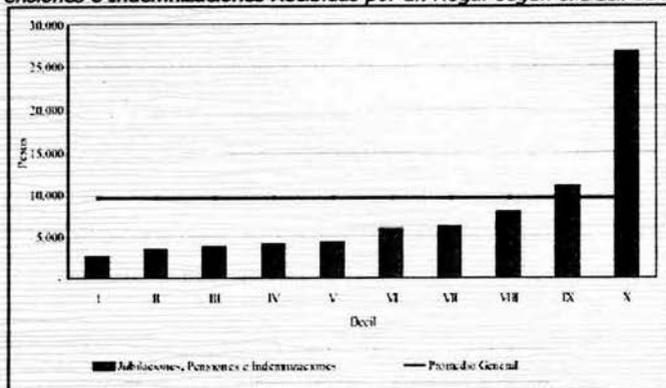
Para el 2020 habrá que enfrentarse al dilema de dejar a un segmento muy importante de la población en la tercera edad, sin ningún tipo de apoyo para el retiro; o en su momento, extender derechos pensionarios a población que no había cotizado durante su vida laboral a la seguridad social, lo cual desde

el punto de vista macroeconómico, va a representar una carga macroeconómica muy importante, al no haberse creado las reservas suficientes para pagar esas pensiones.

Por ello se torna necesaria la incorporación de esa población a la seguridad social, desde hoy, para que puedan estar en carreras de ahorro, desde el inicio de su vida, y evitar el riesgo ya mencionado.

Otro problema se encuentra en el hecho de que los promedios nacionales, esconden grandes diferencias en la distribución de la población con acceso a una pensión entre Déciles de ingreso.

4.4. Pensiones e Indemnizaciones Recibidas por un Hogar según el Décil de Ingreso



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2000.

En la gráfica podemos apreciar que en los hogares más ricos del país, más de la mitad los hogares tienen acceso a una pensión, pero los primeros tres Déciles del país, la población no tiene derecho a algún tipo de pensión

Entonces, no solamente es el hecho de que segmentos importantes de la población del país, en la ruta actual, van a alcanzar la tercera edad, sin un apoyo para el retiro. Si no que la distribución de eso es bastante inequitativa, con lo que se predice una seguridad social, que no estará dándole cobertura, al segmento más desprotegido de la población.

La baja cobertura de la seguridad social en el país, - no solamente del Seguro Social, sino también del ISSSTE, del INFAM, y de todo el aparato nacional de seguridad social -, limita el papel redistributivo de la seguridad social, convirtiéndose en un problema fundamental.

A lo anterior se debe agregar que la situación coyuntural en los últimos años no ha sido particularmente favorable para la seguridad social. En los últimos tres años, derivados de condiciones ajenas al país - particularmente el comportamiento de la economía mundial -, ha sido difícil incorporar a más gente a la economía formal, y resulta que, aún si se toma en cuenta la cobertura del programa IMSS-Oportunidades, la cobertura, del Instituto, está cayendo en términos de la población que está alcanzando.

Cuarto: Situación Financiera.

El Instituto, ofrece cuatro seguros que son su responsabilidad: el seguro de enfermedades y maternidad (incluyendo el gasto médico de pensionados), el seguro de invalidez y vida, el seguro de riesgos de trabajo y el seguro de guarderías y prestaciones sociales¹⁷⁴.

¹⁷⁴ El seguro de retiro, cesantía y vejez, ya no es responsabilidad del Instituto, desde la reforma de 97, en la cual se delegó dicha responsabilidad a las Afores.

En base a los resultados de las operaciones actuariales, siguiendo la problemática de las pensiones y por razones de espacio se analiza el seguro de gastos médicos de pensionados:

El seguro de gastos médicos de pensionados que ofrece el Instituto, conforme a la ley, funciona como un sistema de reparto, a través del establecimiento de una cuota del 1.5% de los salarios de los trabajadores activos, y con las aportaciones de los trabajadores activos, se financian los gastos médicos de los jubilados.

De acuerdo a proyecciones realizadas por el propio Instituto, se prevé que en los próximos años el número de gastos médicos de jubilados por aportación de trabajadores activos será mayor y dado el incremento de la esperanza de vida, también por más tiempo.

Eso hace que, desde el punto de vista actuarial, la prima de gasto, (lo que va a costar darles la cobertura del seguro médico a los jubilados del país), sea substancialmente superior a la prima de ingreso que fija la ley, por lo que está será insuficiente, generando un déficit creciente en dicho seguro.

Si se realiza una proyección, bajo el supuesto optimista de que los gastos médicos crezcan al 3% real en los próximos años, el déficit contingente o el pasivo contingente que se va a estar generando sería de un billón de pesos, (más o menos del 20 % del Producto Interno Bruto del 2003).

No deja de ser interesante señalar que si se preguntase cuál es la prima del seguro de gastos médicos de pensionados, que equilibraría a los ingresos y los gastos en los próximos 50 años, la prima sería cuatro veces la prima actual. (En vez de ser el 1.5 por ciento de los salarios manteniendo la edad de retiro en 65 años la prima tendría que ser de 6 por ciento de los salarios).

Por otro lado será pertinente analizar la situación financiera del Instituto desde otra perspectiva:

El Instituto es también un patrón muy importante, (es dentro del apartado del artículo 123 constitucional el patrón más grande de México), y en la actualidad cuenta con 360 mil trabajadores en activo aproximadamente.

En ese sentido tiene, con sus propios trabajadores -a través de su contrato colectivo de trabajo - un régimen propio de jubilaciones y pensiones.

Dicho régimen es particularmente favorable para los trabajadores ya que no establece edad mínima de retiro: las mujeres se pueden jubilar después de 27 años de servicio y los hombres después de 28.

De tal forma que la edad de jubilación en el Seguro Social es de aproximadamente 53 años, lo que representa 12 años menos que la edad promedio que se establece para los trabajadores de toda la economía en la Ley del Seguro Social, teniendo además condiciones de jubilación particularmente favorables dado que, el salario pensionable en relación al salario en activo es del cien por ciento y adicionalmente está indexado al cien por ciento de los aumentos salariales de los trabajadores en activo.

En los siguientes años el Instituto va a enfrentar la problemática derivada de la apertura de 108 mil plazas durante la década que corrió del 75 al 85, ya que las personas que ingresaron en 1977, estarán jubilándose en el 2004 y así secuencialmente, lo que representará que una década se jubilen más que el total de las personas jubiladas en toda la vida del Instituto.

Esto llevará a un escenario de no crecimiento y a que la relación de activos a pensionados se deteriore continuamente por lo que dentro de 18 años, habrá prácticamente un jubilado por un pensionado al interior del Instituto.

Por otro lado, en los años en que se llevó a cabo la fuerte contratación de plazas no se llevó a cabo la política de creación de reservas para el pasivo laboral, lo que provocó que desde 1998 el Instituto tome recursos del gasto corriente para darle servicio a su propio pasivo, con el escenario descrito, en los

próximos 5 años se requerirán 9 mil millones adicionales, mismo que representarán el 65% adicional de los recursos canalizados para el referido pasivo.

Lo anterior implica que, si definimos los recursos de operación del Instituto como los ingresos totales del Instituto, menos el costo de la nómina de los trabajadores en activo, las pensiones que por ley el instituto le tiene que pagar a todos los trabajadores de la economía y le restamos a eso el servicio de su propio pasivo laboral, lo que resta de recursos por derechohabiente para medicamentos, para conservación, para guarderías, para equipamiento, para más infraestructura, es de solo 584 pesos por derechohabiente.

Y de continuar la ruta actual en el 2018 el pasivo laboral del Instituto, junto con la nómina de pensionados y la nómina de activos, absorberá la totalidad de los recursos del Instituto, con lo que se tendría cero recursos de operación, literalmente no tendría la capacidad de operar porque no habría recursos para comprar medicamentos, equipamiento, etc.

A continuación se mencionan los aspectos más relevantes del estado de resultados y el balance General sobre la situación financiera al 2002:

- Al llevar a cabo la contabilidad del Instituto afectando los ingresos y los gastos por el costo de las obligaciones laborales, esto es, la reserva laboral que debió haber hecho para el pasivo laboral generado en el año fiscal 2002, conforme a las normas contables de la producción contable de México, particularmente el boletín de tres de la producción contable, el Instituto tuvo el año pasado pérdidas por casi 30 mil millones de pesos.
- Y al llevar el pasivo laboral al balance del Instituto lo que se encuentra es que se tiene que hacer una afectación al resultado por más de 255 mil millones de pesos lo que hace que el patrimonio del instituto en vez de ser positivo como en 82 mil millones de pesos, sea negativo en 153 mil millones de pesos.

Dicho de otra manera, el valor de todos los muebles, clínicas, hospitales, centros vacacionales, vehículos, equipos médicos, etcétera, que tiene el Instituto en toda la República Mexicana es insuficiente por sí sólo para cubrir las obligaciones que el Instituto ya tiene contraídas con sus propios trabajadores. Y restaría en una deuda de 150 mil millones de pesos.

- El pasivo laboral evaluado el 31 de diciembre del 2001 era de 300 mil millones de pesos. Al 31 de diciembre del 2002 fue de 352 mil millones de pesos.

Pese a que el Instituto hizo un esfuerzo importante de ahorro y creación de reservas, solamente se cubrió el 7 %.

- Igualmente el pasivo contingente por los gastos médicos de pensionados está creciendo de forma importante con participación del producto lo que sugiere desde el punto de vista estrictamente financiero, que se debería tener una política muy agresiva para crear la cantidad suficiente de reservas cada año. Sin embargo las reservas son recursos que se deducen del gasto de operación, por lo que más reservas se traducen en menos gasto de operación. De aquí surge la necesidad de contar con una variable de ajuste, que deberá de ser necesariamente la inversión.
- Lamentablemente en este rubro, la situación no es mejor: El Instituto el año pasado invirtió el equivalente de 1,500 millones de pesos, si se considera que en 1992 se invirtieron 4 mil 500 millones de pesos, la primera cifra representa solo un tercio de la última, y tomando en cuenta que en dicho lapso la población derechohabiente creció un 27%, se puede concluir que se está haciendo más con mucho menos.

Lo que explica, en gran medida, el saturamiento de las instalaciones, la saturación del equipo y la falta de capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.

- Suponiendo que a partir de este momento con la recuperación de la economía de Estados Unidos, se de la consecuente recuperación de la economía de México y se tenga una perspectiva de crecimiento en los años siguientes habría una recuperación del Instituto pero aún en un escenario macroeconómico favorable, el Instituto perderá en el presente ejercicio casi 38 mil millones de pesos y el año que entra 37 mil y para en el 2005 como 37 mil millones de pesos, lo que ilustra que el Instituto se encuentra en una trayectoria financiera crecientemente complicada y crecientemente delicada.

4.2.6. Líneas de Acción y nuevas propuestas para el IMSS.

Tras la radiografía presentada del Instituto, las autoridades del mismo han formulado algunas líneas de acción, con el objetivo de reducir en medida de lo posible los problemas derivados de la situación actual, a continuación se mencionan algunas de ellas.

En primer lugar, y como consecuencia de las facultades otorgadas por el poder Legislativo en el 2001, se esta realizando un esfuerzo para combatir la elusión y la evasión de contribuciones; así como para apoyar la competitividad de las empresas con el objeto de generar nuevas fuentes de empleo.

Otra línea de acción estará enfocada a asegurar que las pensiones de invalidez y de incapacidad se destinen solamente a dicho propósito.

El fomento a la rehabilitación y la reincorporación de los trabajadores al trabajo, esta actualmente justificado en razón de que gracias a los avances médicos se puede pensar que hoy en día, mucho lo que hace quince años se consideraba como una invalidez permanente ya no lo es, por otro lado se pone de manifiesto la creciente importancia de la Medicina Preventiva como una medida de contención en los gastos médicos dentro del pasivo contingente; para ambos efectos desde el año pasado se incorpora un nuevo programa: PREVEIMSS.

Provocar una mayor competencia en las adquisiciones (particularmente en medicamentos), introducir más tecnología informática, establecer convenios con otras instituciones públicas y compactar el personal administrativo, son también medidas en torno al mejoramiento de la situación actual del Instituto¹⁷⁵.

Dado el contexto actual, pareciera que debe también ser obligada la adecuación de las condiciones contractuales del Instituto a las posibilidades financieras del mismo, todo ello dentro, de un marco de operación eficaz y eficiente transparencia en la rendición de cuentas (*sic*).

En coordinación con las Cámaras del Congreso Legislativo, se plantean algunas acciones en materia administrativa y del ámbito regulatorio, principalmente tendientes a compensar los costos de las pensiones por invalidez y riesgo de trabajo, que aún son administradas por el Instituto.

Lo anterior en consecuencia de que, pese a las acciones planteadas - y algunas ya ejecutadas- y ante la magnitud de los retos, el instituto considera en este informe, que no puede pensarse en una solución únicamente por la vía administrativa con los esfuerzos internos que está llevando a cabo, tampoco solamente por la vía contractual, en conjunción con el sindicato ante la problemática que representa para el Instituto el régimen de jubilaciones y pensiones ni tampoco por la vía regulatoria únicamente a través del fomento de más competencia en diferentes mercados que afectan al Instituto, como es el mercado de medicamentos, el mercado de las afores, el mercado de las rentas vitalicias; ya que como en el propio informe ha quedado establecido, los problemas epidemiológicos, demográficos y de rezagos acumulados en la población fuera de la seguridad social hacen pensar también en una posible modificación del marco actual de derechos y obligaciones establecidos en la ley.

¹⁷⁵ A la fecha de la publicación del informe se ha alcanzado reducir casi el 20 por ciento del personal de confianza en los últimos 2 años, medio en un esfuerzo muy importante de compactación administrativa y como consecuencia del objetivo de reducir los costos de costos en la producción de varios servicios, (incluyendo los de guarderías)

De construirse una solución entre el sindicato y el Instituto en una forma respetuosa y una forma constructiva y de ser exitosos el Instituto en muchos de sus esfuerzos administrativos de combate a la evasión, a la elusión y de fomento a la competencia en muchos de los mercados, sería posiblemente probablemente reequilibrar las primas inteligentes de seguros y obtener salud financiera en el seguro de riesgos de trabajo, en el seguro de guarderías y prestaciones sociales y en el seguro de invalidez y vida.

En dicho contexto el reto central que enfrentaría el Instituto sería en darle viabilidad financiera al seguro de gastos médicos de pensionados.

En este marco la propuesta de las autoridades institucionales, se encamina a explorar alternativas a través de una búsqueda de balance de diferentes medidas, tanto por el lado de los ingresos así como por el lado de los gastos y los derechos; planteado - como lo están haciendo ya muchos países de la OCDE-, empezar "*con pleno respeto a los derechos adquiridos de los actuales trabajadores*" por contemplar esquemas de modificaciones graduales en edad de retiro y tal vez a incrementar -sujetos a las restricciones presupuestarias posibles -, las aportaciones del Gobierno Federal a los gastos para los pensionados.

Sobre el particular, es importante destacar que hoy en día el Gobierno Federal aporta recursos para el seguro de maternidad para los trabajadores activos. Sin embargo dichos recursos no se aportan para los trabajadores pensionados, En las reformas recientes que el Congreso aprobó a la Ley General de Salud, las mismas aportaciones del Gobierno Federal se hacen extensivas para los que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud para todos los rangos de edad; generando cierta asimetría entre los beneficiarios de la Seguridad Social y la población abierta.

Para buscar mayor equidad en el interior del sistema se propone la eliminación de algunos topes de cotización con el fin de lograr un rebalanceo en las pensiones de invalidez y riesgos de trabajo hacia los gastos médicos de los pensionados; asimismo con la pretensión de lograr una mayor competencia entre las afores, la iniciativa contempla la reducción de las sumas aseguradas en torno a las rentas vitalicias, compensada con el aumento de los rendimientos en las cuentas individuales de los trabajadores en las Afores; también se busca encontrar un esquema mediante el cual se asignen mayores recursos al seguro de maternidad, sin aumentar la carga sobre las empresas y así fomentar la incorporación de un mayor número de trabajadores al mercado formal.

Este punto es considerado para el instituto de vital importancia porque si la solución no se da de forma integral y no se fortalecen los incentivos a la formalidad, esto es, a la participación activa en las seguridades sociales de temprana edad, el país corre el riesgo de:

Que ante los fuertes incentivos a la informalidad y gracias a la existencia de subsidios públicos gubernamentales la opción de la población sea mantenerse fuera de la seguridad social en los años más productivos de su vida, para posteriormente en una edad más tardía cotizar el mínimo número de semanas que establece la ley y así obtener la pensión mínima garantizada, pero que dada la estructura actual de cotizaciones en las afores, y dependiendo de la tasa de retorno aunado a los salarios vigentes de cotización, lo más probable será que no alcance a comprarse esa pensión mínima garantizada, lo que repercutirá - y de acuerdo a la legislación vigente - en una erogación adicional del gobierno federal, creando un pasivo contingente significativo.

Ya que gozará después del subsidio federal para la atención y del subsidio federal para el gasto médico de pensionado, rompiéndose con ello una piedra angular de la seguridad social que es la solidaridad intergeneracional en donde los jóvenes aportan para la salud de los viejos, los sanos para los enfermos, los ricos para los pobres, los del norte para los del sur, los estados más ricos, los estados más pobres.

Consecuentemente cualquier medida o solución tiene que tener una visión muy clara de fomentar y fortalecer los instructivos a la formalidad y a la incorporación y a patrones de ahorro temprano de los trabajadores desde el inicio de su vida laboral, con la intención de crear reservas financieras para poder

enfrentar el reto que en 20 años tendrá, y asimismo ofrecer una alternativa de solución en el mediano plazo.

También dentro de esta serie de propuestas, se destaca el tema de la reforma fiscal, como una condicionante fundamental, en la obtención de mayores recursos que puedan ser destinados a los sistemas de salud y en particular al Instituto.

Para concluir este capítulo, es importante mencionar aunque existen ciertos consensos dentro del ámbito legislativo, por Reformar las Condiciones Laborales e introducir los cambios que propone el mismo Instituto, tanto de forma interna (por medio de la redefinición de su contrato colectivo), como a los trabajadores en general, dichos consensos no han sido suficientes, y están todavía en la mesa de discusión.

Por otra parte el cabildeo entre las autoridades institucionales y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social esta en una fase de "delicada" discusión, tras la ultima revisión Contractual, efectuada en octubre del 2003, se suscitó - ante un primer intento de reformar el Sistema de Jubilaciones y Pensiones del propio Instituto -, un enfrentamiento directo entre las partes y por primera vez en la historia de Instituto, una amenaza de paro nacional, que aunque no llevo a concretizarse deja latente para marzo del 2004, un problema que requerirá del a disposición de diálogo, ante la necesidad inminente de encontrar solución, a uno de los problemas inmediatos que enfrenta esta Institución.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO IV

1. **DIARIO** Oficial de la Federación del 20 de diciembre de 2001, Decreto en donde se informan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social (LSS).
2. **GOBIERNO** de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002.
3. **GONZÁLEZ** Fernández JA. (2000). Política social y de salud en México. Presentación en la sede de la OPS, Washington D.C. Septiembre.
4. **IMSS**. Diagnóstico (1995).
5. **LEY** General de salud (1984).
6. **NUEVA** Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de Federación el 21 de Diciembre de 1995.
7. **PRESIDENCIA** de la República (1999). 5º Informe de gobierno.
8. **PRESIDENCIA** de la República, 1994 a 2000 Informe de Gobierno. Anexo Estadístico, México: Poder Ejecutivo Federal.
9. **PRESIDENCIA** de la Republica.(1999) *Quinto Informe de Gobierno*.
10. **PRIMER** Informe de la Situación Financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado ante el Congreso de la Unión. (2002). Consejo Técnico del IMSS.
11. **REVISTA** LABORAL. "Panorama General de la Reforma a la Ley del Seguro Social 2001" Núm XIII, Febrero del 2002.
12. **SECRETARÍA** de Salud. Gasto público en salud 1999-2000 Síntesis ejecutiva. México, 2002.
13. **SEGUNDO** Informe de la Situación Financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social presentado ante el Congreso de la Unión. (2003). Consejo Técnico del IMSS.
14. **SUBSECRETARÍA** de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Comunidades Saludables. Primera edición. México. 2002.
15. **SUBSECRETARÍA** de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Primera edición. México. 2002.

CAPITULO V: PRIVATIZACION O DESCENTRALIZACION? IMPLICACIONES y CONSECUENCIAS DE LA REFORMA

Durante el avance del presente trabajo, hemos observado la génesis, desarrollo y evolución de las reformas del sector salud, dentro del continente y de manera más detallada en nuestro país, hemos conocido las principales argumentaciones que dan sustento a dicho proceso, y gracias a las fuentes de investigación, hemos documentado a través de cifras; la situación real de dicho sector.

En este último capítulo, tocaremos el aspecto tal vez más delicado dentro de la propia reforma: Las consecuencias e implicaciones de la reforma para los diferentes grupos y actores en este proceso y principalmente para la población usuaria de los servicios de salud.

Como punto de partida es preciso contestar la pregunta que da sustento al título mismo de este proyecto de investigación: ¿privatización o descentralización?

Lo que observamos claramente en el modelo de Reforma del sector Salud en nuestro continente y particularmente para nuestro país, es un proceso de descentralización de las facultades administrativas, en los diferentes ámbitos del accionar del Estado (considerando su carácter federativo, estatal, municipal y local), asimismo en menor o mayor grado, existe la introducción parcial de la privatización selectiva de ciertos subsectores y servicios, sin que ello – todavía en un principio -, involucre la autonomía de los mismos, ya que como se observa en los ejemplos de los países que se han analizado, estos permanecen regulados por las Dependencias, Secretarías o Ministerios de Salud a nivel federal.¹⁷⁶

Sin embargo, estos procesos independientemente del rumbo o tendencia general, cumplen con un objetivo en común: el dismantelamiento del Estado de bienestar o como algunos autores han dado por llamar "la formación de un Estado Mínimo", capaz de operar solo como "gestor" o "regulador", entre los actores que forman parte del hoy, globalizado mercado; soslayando las atribuciones inherentes al concepto de Estado desde una concepción amplia, es decir, olvidando el papel de garante del bienestar de los pobladores de una nación.

5.1. IMPLICACIONES DE LA REFORMA EN EL CONTEXTO GENERAL

Previo a mencionar las implicaciones de la reforma sanitaria, en ciertos grupos de la sociedad, es importante en este punto, hacer algunas consideraciones en torno a los principales argumentos que dan sustento teórico a las dichas reformas, para ello retomemos aquellos esgrimidos por el BM y la OMS:

- *Crisis financiera y desequilibrio económico*: La visión sobre el desequilibrio es exagerada si se considera que la crisis es propia del sistema capitalista "La crisis, por tanto, constituye un elemento estructural del sistema capitalista de producción, y no la sola presencia de algunos factores perturbadores de un supuesto equilibrio en la economía, los cuales provocan dificultades a la producción y al consumo".¹⁷⁷
- *Redefinición de los bienes públicos*: Cabe subrayar que dentro del lenguaje de estos organismos lo público está concebido como una categoría vacía de todo contenido histórico, valorativo y ético. Es decir, se ignora que, en el mundo real, el carácter público de un bien o una acción se

¹⁷⁶ En México por la Secretaría de Salud

¹⁷⁷ DONAHUE, J.D. (2000) "La Decisión de Privatizar. Fines Públicos, Medios Privados.", Paidós, Buenos Aires,



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.

determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente¹⁷⁸. (Es esta la razón por la cual muchas sociedades, como la mexicana, reconocen a la protección de la salud de sus miembros como de interés público y le adscriben estatuto de derecho social ciudadano).

- *Concepción individualista*: la cual sostiene que las personas hacen con su vida y la de sus hijos importa más que cualquier cosa que hagan los gobiernos¹⁷⁹, desconociendo con ello toda determinación económica y social del ámbito dentro del cual se encuentran y actúan los individuos.
- *Recursos Financieros insuficientes*: Respecto a la pobreza del estado se presenta como si fuera un hecho objetivo e inmodificable el que los gobiernos disponen de recursos muy restringidos para la salud. Sin embargo, se oculta que esto es verdad sólo bajo la suposición de que se mantenga la ortodoxia de las políticas de ajuste. No es casual, entonces, se carezca de un análisis de la distribución de los recursos públicos entre distintos rubros de gasto y de su recomposición a consecuencia del ajuste, lo que revelaría, por lo menos, dos hechos importantes.

El primero es la canalización de recursos financieros públicos al pago del servicio de la deuda en detrimento del gasto social¹⁸⁰ lo que constituye una de las más formidables transferencias de recursos de los pobres a los ricos que se ha realizado en los últimos cincuenta años.¹⁸¹ El segundo hecho es que la mayoría de los países de ingreso mediano, como es el caso de México dedica un porcentaje comparativamente bajo del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto social y que, además, una parte importante de los recursos contabilizados como un gasto público en salud no proviene de los ingresos fiscales sino de las cuotas obrero-patronales del Seguro Social, o sea, no pesan sobre las finanzas públicas.

Se puede, también argumentar que la pobreza de un país impide alcanzar a satisfacción óptima de las necesidades de salud aún destinando fondos colectivos públicos a este fin. Sin embargo, este argumento debería estar acompañado, en cada caso, del análisis de la distribución de la riqueza nacional ya que, particularmente en los países de ingreso mediano alto como México, no es la falta absoluta de recursos nacionales que explica la insatisfacción de las necesidades de salud sino su concentración en un grupo muy reducido; situación exacerbada por las políticas neoliberales.

- *Ineficiencia del Sector Público*. Sin embargo no se hace referencia que el acelerado proceso de deterioro de la institución pública guarda una relación directa con su desfinanciamiento a consecuencia de las políticas de ajuste.
- *Inequidad de los Servicios públicos*. se dice, por ejemplo, que los derechohabientes del seguro social se aprovechan de un desmedido subsidio estatal en desmedro de los pobres. Este argumento omite dos hechos cruciales: que los asegurados son, en su absoluta mayoría, trabajadores pobres y empobrecidos y que la universalización del seguro público resolvería esta supuesta injusticia. Finalmente, no se comparan ni la ineficiencia ni la inequidad del sector público con la ineficiencia e inequidad de la opción privada de resolución de los problemas de salud. El

¹⁷⁸ Idem.

¹⁷⁹ Idem.

¹⁸⁰ ZEPEDA E.(2000), "El gasto social en México: De la estabilización al Neoliberalismo social", en Frontera Norte, COLEF, México.

¹⁸¹ LAURELL, A.C. (2002). "La política social en el proyecto neoliberal", Cuadernos Médicos Sociales, núm.60,

ejemplo más sobresaliente de esta opción son los EUA, cuya crisis de costos y cobertura en salud es patente y de sobra conocida¹⁸².

- *Conceptualización de los servicios médicos como bienes privados discrecionales*: Se les adscribe este carácter con el argumento de que son consumidos por individuos (personas privadas) y, además, en cantidades variables. En cuanto los servicios representan un consumo privado apropiado desigualmente por las personas, sigue el argumento, que es "injusto que sean pagados con fondos públicos y, por tanto, cada quien debe pagar los servicios que utiliza". El requisito necesario para que esto pueda ocurrir es ponerles un precio a los servicios, o sea, mercantilizarlos. La falacia de este argumento es, como ya se señaló, que el hecho de que un bien o servicio es consumido por los individuos privadamente no impide, en absoluto, que sea considerado de interés público y garantizado por la sociedad a través del Estado. Antes al contrario, las libertades y derechos de los ciudadanos, principios fundamentales de las sociedades modernas, tienen carácter público con independencia de que se ejerzan o gocen individualmente, porque representan valores éticos compartidos y prioridades sociales democráticamente fijadas¹⁸³.

Dado que la salud concierne directamente la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; derecho que sólo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por profundas desigualdades, como lo son las latinoamericanas. Si se acepta el fondo de este argumento resulta falaz, para no decir cínico, "considerar a los servicios médicos como discrecionales -o sea a criterio o a gusto de cada quien- igualándolos con cualquier objeto de consumo o mercancia, cuando el acceso a muchos de ellos significa la diferencia entre la vida y la muerte o entre daños físicos o mentales graves y condiciones aceptables de desarrollo de capacidades"¹⁸⁴.

- *Racionalidad económica basada en el cálculo de Costo - Beneficio*: eliminando de facto todos los significados histórico, cultural, simbólico y afectivo que tiene la salud, la enfermedad y la muerte, - aún en las sociedades más mercantilizadas- violando con ello los valores humanistas básicos.
- *Repercusiones políticas*: En el contexto de las Reformas no se puede ignorar que pese a que, uno de los principales argumentos está relacionado con la carencia de recursos, en la medida que dicho planteamiento parece ofrecer una coartada a los Estados para justificar la falta de adopción de medidas y las deficiencias en la vigencia del derecho a la salud, contrariamente a lo que se sostiene en muchos casos no existe ninguna relación directa, de determinación exclusiva, entre (falta de) recursos y (mala) salud. Aún con pocos recursos los países pueden hacer mucho para fomentar la salud y evitar enfermedades. Evidentemente que los recursos son importantes, lo que se pretende subrayar es que no son la única causa de unas medidas inadecuadas o de una mala situación de salud.¹⁸⁵

Desde un enfoque más integral, el estado de salud está vinculado a las decisiones políticas y a las desigualdades existentes y no con los recursos para los sistemas de salud: "Todos los datos científicos muestran que no existen vínculos entre el nivel de gastos en los sistemas de salud y el de mortalidad. Sin embargo, existe evidencia de un vínculo entre intervenciones políticas, riqueza y distribución del ingreso, por una parte, y los indicadores de mortalidad".¹⁸⁶

¹⁸² Idem.

¹⁸³ A GURZA Lavallo, (2000) "Contracrítica de los públicos. Por una utopía al alcance de la mano".

¹⁸⁴ Idem.

¹⁸⁵ MORILLO Gil Vicar. (1996) La salud como derecho humano. Marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud. Serie Aportes No. 3. Caracas.

¹⁸⁶ Idem.

Con esta observación no se pretende restar la importancia que tiene la asignación de recursos para el sector salud. Sin embargo, "sostener que a mayor recursos para los sistemas de salud mayor estado de salud", entraña una visión donde predominan soluciones técnicas y médicas para abordar los asuntos de salud, cuando este objetivo tiene profundas implicaciones políticas y sociales.

Partiendo de la salud como derecho humano y entendida la salud como un estado que va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, el alcance de una mayor nivel de salud no solo se ubica en el terreno del aumento de conocimientos, las inversiones y los recursos dedicados a la salud, está principalmente vinculado con la igualdad social, la distribución equitativa de la riqueza y la justicia social.

Todo cambio o programa de ajuste estructural como el implementado en la Reforma del Sector Salud, tiene necesariamente que afectar o incidir en ciertos grupos o actores de la sociedad en su conjunto, beneficiando o – como veremos – perjudicando las situaciones existentes; el análisis efectuado en nuestro tercer capítulo de los primeros resultados, podemos establecer que de forma muy general, que las reformas no han solucionado las causas que las originaron, y si por el contrario en muchos de los ejemplos, han acrecentado las inequidades y desigualdades prevalecientes.

Como continuidad a ese primer acercamiento de los impactos e implicaciones generadas por la reforma, y como ejemplo latente de los resultados de las mismas, en el siguiente apartado analizaremos dos grupos específicos de la población: las mujeres y los trabajadores (tanto del propio sector salud, como fuera de él), el primero por ser el más vulnerable a los cambios establecidos y el segundo por la afectación directa a sus condiciones laborales.

a) Implicaciones de Género¹⁸⁷.

La reforma del sector salud ha sido uno de los procesos de transformación sectorial más extendidos en América Latina y el Caribe y a pesar de que fue concebida como un medio para incrementar la equidad en la provisión de servicios y satisfacer las necesidades de salud de la población, las consideraciones en torno a las inequidades de género han sido escasamente abordadas.

Siendo uno de los grupos más perjudicados, como consecuencia del aumento de responsabilidades en materia de cuidado y prevención de la salud, las mujeres son un ejemplo claro de las repercusiones directas e indirectas – negativas ambas – , de la implementación de las Reformas.

Efectos directos: La atención se dirige sobre todo a los efectos de la imposición de tarifas al usuario por la atención de salud y al deterioro de la calidad de los servicios tras los recortes presupuestarios del sector salud. Los ejemplos mejor documentados son los relacionados con la asistencia materna. En diversas naciones parece haberse producido un aumento de la tasa de partos domiciliarios y un mayor retraso en la búsqueda de atención, con el consiguiente empeoramiento de los resultados finales tanto para las madres como para los recién nacidos.

En relación con los determinantes de salud, la información disponible en América Latina y el Caribe muestra las disparidades entre hombres y mujeres en términos de participación social y política, acceso a la vivienda, educación, información, ingreso, protección social, alimentación, saneamiento básico, agua potable. También en otros aspectos como el uso del tiempo libre, riesgos frente a la violencia sexual y doméstica, y la participación en el trabajo doméstico y comunitario. Todos estos factores se presentan de manera distinta según sexo y, por lo tanto, establecen condiciones de vida, riesgos de salud y posibilidades de acceso a recursos y servicios diferenciados entre mujeres y hombres.

¹⁸⁷ HILARY Standing (2000). El género y la reforma del sector salud

Las mujeres están concentradas en los trabajos de menor remuneración y con escasa protección laboral, a pesar de que su nivel educativo se ha incrementado considerablemente en las últimas dos décadas. Según datos de la CEPAL (1999), la relación entre el ingreso per cápita de las mujeres y el de los hombres fue en Bolivia de 45,1%, en Brasil 48,5%, en Costa Rica de 38,6%, en México 32,6% y en Guatemala el 37,6%. Asimismo, la proporción de hogares encabezados por mujeres en los distintos estratos de pobreza es realmente alarmante. Hacia 1999, en Bolivia el 24,4% de los hogares en condición de indigencia estaban encabezados por mujeres, en Argentina el 36,9%, en Costa Rica el 55,8%, en El Salvador el 35,5% y en Honduras el 32,2%.

En este sentido, aunque en la mayoría de las políticas de reforma se establece la población pobre como grupo prioritario, la ausencia de un análisis desagregado por sexo limita el desarrollo de estrategias eficaces que atiendan a la población según sus necesidades. El sexo también se articula con otras categorías que pueden traer consigo diferentes niveles de vulnerabilidad social como la edad, la etnia, la zona de residencia, entre otras.

Igualmente, la violencia originada por razones de género es uno de los problemas más graves de salud pública. Según datos de las encuestas demográficas y de salud, en Nicaragua (1998), a nivel nacional, el 29% de las mujeres alguna vez en unión ha sido objeto de algún abuso físico o sexual alguna vez en su vida por parte de sus compañeros. En Colombia (2000) el 41% de las mujeres señaló que había sufrido violencia física por parte del esposo y en Perú (2000) el 41% de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero¹⁸⁸.

Por otro lado, la utilización de los servicios de salud se asocia a diversas variables como el estrato socioeconómico, la edad y el tipo de servicios. Las mujeres tienden a utilizar más los servicios preventivos, mientras que los hombres recurren con más frecuencia a los de urgencia, y las diferencias son variables en cuanto a servicios hospitalarios. Por su función reproductiva, las mujeres tienen mayor necesidad de utilizar los servicios de salud.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, habitualmente las mujeres pagan más que los hombres por su salud y participan con enormes desventajas en el sistema formal e informal de prestación de salud. Por éstas y otras razones, resultan más afectadas cuando hay variaciones en los servicios públicos y cuando hay dificultad para acceder a ellos.

Efectos Indirectos: se ha descrito una amplia variedad de probables efectos indirectos para la salud de las mujeres y los niños. La caída de los ingresos reales de las familias pobres, ligada a los Programas de ajuste, puede afectar de manera desproporcionada a las mujeres, ya que a menudo estas se concentran en los percentiles más pobres de la población. La desaparición de los subsidios alimentarios pudo afectar especialmente a la ingesta nutricional de las familias urbanas pobres.

Los efectos sanitarios asociados al aumento de la pobreza en la economía en período de ajuste pueden consistir en incrementos de la incidencia de enfermedades transmisibles, aumento de las tasas de mortalidad infantil y de niños, y mayor proporción de recién nacidos de peso bajo.

Otro impacto importante de las Reformas en relación con el género es su efecto en la carga de trabajo de las mujeres, dependiente a su vez de la disminución del apoyo al sector social, la reducción de, por ejemplo, la duración de la hospitalización subvencionada o los programas que evitan dicha hospitalización, junto con la promoción del autotratamiento con preferencia a los tratamientos aplicados por los trabajadores en el sector salud, tienden a imponer un mayor costo de tiempo y trabajo a la mujer.

En general, las mujeres son las principales cuidadoras domiciliarias y productoras informales de atención de salud; está comprobado que en los países de las Américas, las mujeres son las principales gestoras de salud familiar para todos los grupos de edad: niñas y niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se

¹⁸⁸ OPM/OMS. (2002). La Salud en las Américas

sabe también que las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral remunerada en salud (aunque con muy escasa presencia en puestos de toma de decisión), y que representan el 90% del voluntariado comunitario en salud, además de ser las principales protectoras de la salud familiar, en donde ocurre el 80% de los actos de detección oportuna y atención primaria de la salud.

Podemos finalizar que no existe neutralidad de género en las políticas sobre el sector salud. El proceso todavía está abierto y las políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.

b) Implicaciones en torno a las relaciones laborales¹⁸⁹.

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia más allá de los límites institucionales del sector de la salud.

Al respecto cobran importancia las reformas estatales y los correspondientes cambios en la administración pública, sugeridas por el Banco Mundial: i) la reducción del personal remunerado con cargo a recursos públicos, ii) la introducción de diferencias salariales a fin de poder disponer de mayores incentivos, iii) la restauración de los elementos clave de una "burocracia tradicional" - orden, jerarquía, procedimiento formal y mayor responsabilidad. Sin embargo, la experiencia de este modelo de reforma del sector público ha sido desigual, debido en particular a que el propio servicio público ha opuesto una firme resistencia al mismo, trayendo como consecuencia retrasos indefinidos de la propia reforma.¹⁹⁰ Esta resistencia debe considerarse que la reducción del personal representa una amenaza directa para el sustento de la mayor parte de los empleados del sector público y que la descompresión salarial tan sólo beneficiará a un número reducido de miembros del personal de las categorías superiores.¹⁹¹

En la década de los noventa los mercados laborales manifestaban cinco tendencias:

De formales a informales: durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir 85% del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 17 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía.

De bienes a servicios: ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa, aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.

De baja a alta calificación: a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad. .

Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo: se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.

Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas: se ha abogado por quitar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada También deben tenerse en

¹⁸⁹ BRITO Quintana (2000). "Impacto de las reformas del Sector de la Salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral " en Revista Panamericana de Salud Pública, N° 8.

¹⁹⁰ OIT, (1998) "Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector salud", Ginebra.

¹⁹¹ OMS, (1996) *Public sector reform: Downsizing, restructuring, improving performance*. por Mick Moore (Ginebra, documento WHO/ARA/96.2, septiembre

cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

Dentro del sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud, mencionemos algunas de ellas:

- ❖ Podemos empezar mencionando que las reformas del sector salud han soslayado la participación del personal del propio sector como actor y factor determinante del cambio, y muchas de las decisiones en torno al manejo de los recursos humanos, han estado subordinadas a cuestiones de carácter económico, por lo que buena parte de los fallos existentes en la implementación de las reformas pueden ser explicadas desde esta perspectiva.¹⁹²
- ❖ La tendencia a que las reformas de la administración pública tienden a modificar la condición jurídica de los empleados afectando con frecuencia sus condiciones de contratación, inspirándose en los métodos de gestión del sector privado: descentralización, subcontratación y privatización.¹⁹³
- ❖ Las reformas del sector salud, -cualquiera haya sido su punto de partida - se inclinaron a la introducción de elementos competitivos en sistemas anteriormente integrados, la mayoría de las veces incluyeron la lógica de mercado y del sector privado como elementos centrales de la reestructuración.¹⁹⁴ El aumento de la competitividad y el cambio de la naturaleza de los hospitales redujeron la seguridad, aumentó la movilidad laboral verificándose sobreoferta en algunas especialidades.¹⁹⁵ Los análisis realizados en algunos países muestran que este incremento de la competencia influyó en "aumentos significativos del personal empleado con formas más precarias de contratos laborales, especialmente de plazo fijo y temporales"¹⁹⁶
- ❖ La flexibilidad emerge como un medio que utilizan algunas empresas para incrementar su productividad y su competitividad. En una investigación se indica que más de la tercera parte de las empresas e instituciones del sector que utilizan los servicios de personal de enfermería reclutado por agencias de colocación ha señalado un aumento del número de contratos flexibles y más de un cuarto (27%) dieron cuenta de una disminución de los contratos de empleo a tiempo completo permanentes.¹⁹⁷ Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados, en condiciones contractuales menos favorables, los que en algunos casos reciben un salario inferior el mínimo. Se calcula que hasta el 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos están ocupados por trabajadores en condición precaria.¹⁹⁸
- ❖ En los países industrializados se ha indicado con frecuencia el incremento del trabajo a tiempo parcial. Todo indica que, por lo menos en el Reino Unido, en el futuro se reducirán las plantillas de personal contratado a tiempo completo y aumentará el volumen de trabajo a tiempo parcial. Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados, en condiciones contractuales menos favorables, los que en algunos casos reciben un salario inferior el mínimo. (Se calcula que hasta

¹⁹² Op. Cit. 189.

¹⁹³ OIT, (1998) "El desarrollo de los recursos humanos de la función pública en el contexto del ajuste estructural y del proceso de transición", Ginebra.

¹⁹⁴ BACH, S. (2000) "Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones sobre la gestión de recursos humanos" en Observatorio de los Recursos Humanos en salud, OPS/OMS, Quito.

¹⁹⁵ LOEWENBERG, J.J (1996). "Industrial relations effects of English care reforms on doctors" en International Journal of Health services, Volumen 26, Number 4.

¹⁹⁶ Op Cit 194.

¹⁹⁷ Según datos del Instituto Británico de Estudios sobre el empleo, citado por el Informe OIT.

¹⁹⁸ Op. cit. 194

el 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos están ocupados por trabajadores en condición precaria).¹⁹⁹ Este panorama general, aunque heterogéneo, lleva a la OIT a sostener que en los países industrializados las modalidades de trabajo flexible están ganando terreno muy rápidamente en el sector privado. A pesar de la heterogeneidad de países y situaciones, hay menos seguridad laboral para aquellos que conservan el trabajo, independientemente si son empleados del sector público o el privado²⁰⁰. En los estudios llevados a cabo en América Latina, se revelan transformaciones importantes de las modalidades de contratación del sector. En algunos casos, la necesidad de expansión de la cobertura a vastos sectores de la población ha introducido un aumento en las modalidades "atípicas" de contratación.²⁰¹ En Perú en 1996, el 76% del personal estaba "nombrado" esto es, contratado por el régimen de empleo público, pero se verificó la emergencia de un conjunto de nuevas modalidades. El personal asignado al Programa de Salud Básica para todos (emplea un 12% del total del personal público en salud) está contratado y sin protección social. Entre 1992 y 1996 se observa un crecimiento del número de contrataciones de profesionales, en especial médicos especialistas, enfermeras y técnicos. (alrededor de 10.000 personas)²⁰². Brito Quintana²⁰³ cita también el caso de Ecuador, donde junto a un marcado deterioro del salario, aparecen formas flexibles de contratación que sustituyen de hecho a las legalmente vigentes. En el caso de Argentina se observa un incremento de modalidades de contratación de carácter precario, incluso "fraudulentas", que encubren relaciones de dependencia bajo el rótulo de trabajo autónomo profesional²⁰⁴. Los datos disponibles en América Latina indican la *emergencia de formas de trabajo más autónomo, con menor protección y estabilidad* (aún considerando la heterogeneidad tradicional del sector). En la región pueden advertirse formas de trabajo *semidependiente* y otras *seudoautónomas*. Estos fenómenos se vinculan con una cierta difuminación del concepto de "dependencia laboral", cardinal en el derecho laboral clásico para distinguir a asalariados de independientes: "el pluralismo de los esquemas normativos del trabajo diluye el límite entre ambas variantes de prestación (dependiente y autónoma)".²⁰⁵

- ❖ Otro rasgo importante detectado en América Latina se refiere al pluriempleo, en especial en Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y, en menor medida, Chile²⁰⁶. En el caso de Perú, un estudio²⁰⁷, detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional²⁰⁸, y entre los odontólogos, del 2,26. El tema del pluriempleo fue detectado también en Panamá y El Salvador.²⁰⁹ El pluriempleo está ligado a un

¹⁹⁹ Op Cit 190

²⁰⁰ Op. Cit. 194.

²⁰¹ En los países de América Latina, otro de los procesos importantes de la Reforma ha sido la extensión y, en algunos casos, la recuperación de niveles previos de cobertura básica de servicios a la población. Quince países de esta región están llevando a cabo Programas especiales encaminados a ampliar la cobertura de los servicios de salud. La mayoría de ellos se basan en la mejora o extensión de la prestación del nivel primario de los servicios de atención mediante la introducción de paquetes básicos destinados ya sea a toda la población o a grupos especiales (madres o niños). Ello implica también la incorporación de nuevos contingentes de personal en atención primaria.

²⁰² Según informe del Grupo de trabajo "Definición de un protocolo para el estudio de la situación y tendencias de la flexibilidad laboral y precarización del empleo en salud en América Latina y el Caribe", Buenos Aires: 17-21 de enero, 2000, (Sede de la Representación OPS/ OMS en Argentina).

²⁰³ Op. Cit. 189.

²⁰⁴ MARTA Novick- Pedro Galin (1996) "Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud", para la OPS/OMS.

²⁰⁵ GOLDIN, Adrián O. (1996) "El concepto de dependencia laboral y las transformaciones productivas", en Relaciones Laborales, año 12, No. 3, p. 30 y ss. Madrid, febrero.

²⁰⁶ UNIVERSIDAD de Chile (1996) "Mercado de trabajo en el sector salud en Chile" Informe final.

²⁰⁷ BRITO, P; Lip, Cesar y Lazo, O (1990) "El trabajo médico en el Perú", Lima, OPS/OMS, facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

²⁰⁸ RIGOLI, F.(1999). "La economía política de los Recursos Humanos", Montevideo

²⁰⁹ Op. Cit 189

conjunto diferente de causas. Por un lado, el mencionado aumento del trabajo a tiempo parcial lo facilita. De otra parte, la baja de las remuneraciones, impulsa a obtener ingresos de distintas fuentes. Por último, el desarrollo de un mercado "dual" de trabajo, lo viabiliza, combinando mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado y, protección social y otros beneficios, pero bajos salarios, en el público. El diferencial de remuneraciones induce un importante desplazamiento del sector público al privado, perdiendo aquel su personal más capacitado y con mayor experiencia.

- ❖ En materia de negociación colectiva, los subsectores han evolucionado en forma diferente. En el sector público, las negociaciones colectivas antes centralizadas, han tendido a desconcentrarse "bajando" el nivel de la negociación. En el privado se ha verificado una "individualización" de las relaciones laborales.
- ❖ En el contexto actual, los hospitales y las corporaciones de salud se inclinaron hacia ideologías de gerencia y de gestión desarrolladas fundamentalmente en contextos industriales. Aplicando métodos de la industria privada, los ejecutivos intentan reducir la fuerza de trabajo, incorporan gran número de trabajadores no profesionales y crean mayor flexibilidad en el empleo de trabajadores tanto calificados como no calificados.²¹⁰ Algunos autores²¹¹, sostienen que los cambios en el diseño de la organización del trabajo para mejorar la calidad de la atención son loables. Sin embargo, las estrategias de rediseño organizacional en salud fueron diseñadas centralmente para reducir costos, y, para reducir el poder de los trabajadores, *reducir* el nivel de profesionalización y destruir instituciones laborales que interfieren con la racionalización del proceso de trabajo. En efecto, Bach²¹² sostiene que "hay razones para creer que la intensidad de trabajo del personal de salud está aumentando". Las dificultades de financiamiento obligan a dejar puestos vacantes o suprimirlos, intensificando el trabajo del personal restante. Las jornadas de trabajo prolongadas y el exceso de horas extraordinarias son problemas que también se plantean al personal de salud. Como ejemplo, se señala en un estudio sobre Europa que si bien en el 70% de los trabajadores tenían la obligación de trabajar entre 37 y 45 horas semanales, para una cuarta parte la jornada fluctuaba entre 46 y 72 horas. Un 67% de los médicos trabaja más de cinco horas extraordinarias por semana.²¹³ A pesar de ello, parecería que el problema está más centrado en el "aumento del volumen de trabajo" por mayor déficit de recursos humanos, vacantes no cubiertas, reducción del personal de guardia, necesidad de supervisar personal con menor calificación, antes que el aumento del número de horas trabajadas²¹⁴.
- ❖ Si bien, es escasa la información sobre nuevas modalidades de gestión en el sector salud, se presume que es mayor la importancia adquirida por las competencias gerenciales, al pasarse de servicios administrados a servicios "gestionados". Ello se debe a los cambios introducidos con las reformas y el mayor énfasis en la inclusión de médicos clínicos y otros profesionales en el proceso de gestión²¹⁵. En América Latina se han introducido cambios muy significativos en los modelos de administración. En algunos países (Chile, Costa Rica, Perú) en el sector público se han desarrollado modalidades de gestión participativa, denominados contratos de gestión, que implican un grado de compromiso mayor por parte del personal. También se observa una tendencia cada vez mayor a impulsar mecanismos de participación social en la reforma del sector de la salud, especialmente en los niveles intermedio y local. La participación del ciudadano en la

²¹⁰ RICHARDSON, T: (1996) Reengineering the Hospital: Patient-focused care in Working Smart: a Union Guide to Participation Programs and Reengineering, edited by . M. Parker and J. Slaughter, Labor Education and Research Project, Detroit, 1994, citado por Brannon, R Restructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work force, en International Journal of Health Services, Vol 26 N° 4.

²¹¹ BRANNON, R (1996). "Restructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work Force" en International Journal of Health services, Volumen 26 N° 4.

²¹² Op. Cit. 194.

²¹³ Realizado por el Grupo de Trabajo permanente de los jóvenes europeos, citado por el Informe OIT, op cit, 192

²¹⁴ Op Cit, 192.

²¹⁵ Op. Cit 193.

definición y evaluación de la atención de salud prestada se está tomando cada vez más importante.²¹⁶

Pese a estos cambios implementados en relación al personal del sector salud, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas subdesarrolladas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos.

5.2. CONSECUENCIAS GENERALIZADAS

La tendencia descentralizadora, iniciada y preservada a través de los modelos de corte neoliberal, desde la década de los ochenta, fue orientada a solucionar problemas de corte estructural y medidas que, creadas coyunturalmente, sirvieron como paliativos en un momento histórico determinado, pero que a la larga no contaron con una planeación adecuada e impidieron dar continuidad a un Sistema Integral de Asistencia en materia de Salud.

Lamentablemente, y como ha quedado demostrado en la mayoría de los casos, dichas soluciones no fueron tales, y dentro de las medidas y acciones de reforma, surgen otro tipo de problemas y la complicación de los ya existentes.

Partiendo de las formulaciones teóricas que dan sustento a la descentralización, consideremos a continuación algunas de las principales medidas que se formulaban en torno a el proceso y que ya en la práctica, han tenido problemas serios de implementación²¹⁷:

La teoría administrativa pública distingue entre la definición de políticas y su implementación. Una política puede ser la adecuada para la consecución de un objetivo pero sufre modificaciones durante el proceso de implementación ya sea por problemas logísticos, fuga de autoridad, obstáculos que interponen grupos de presión, u otros vicios que son difíciles de prever o de controlar, El resultado es que los objetivos anticipados no se consiguen, o incluso que la situación final es peor que la que existía anteriormente. Naturalmente, en el caso de que la política esté equivocada tampoco se consigue el objetivo anticipado.

Hay muy poco conocimiento sobre políticas de descentralización. No hay una teoría comprobada por estudios de caso que confirme que cierta modalidad de descentralización causa los beneficios que se le atribuyen, por lo tanto cuando se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados no siempre se puede distinguir si es por una falla en la implementación o porque la política no es la adecuada.

La siguiente Tabla resume las ventajas anticipadas por los promotores de la descentralización que hemos presentado en secciones anteriores, los problemas que han sido identificados y las soluciones que se pueden ofrecer a los problemas de implementación.

²¹⁶ Idem.

²¹⁷ UGALDE, Antgonio/ Homedes Nuria. (1998) "Ventajas y desventajas de la descentralización del sector salud en América Latina"

5.1. Ventajas de la descentralización y posibles soluciones a los problemas de implementación		
A. Ventajas	B. Problemas en la implementación	C. Soluciones al problema implementación
1. Participación comunitaria en la identificación de necesidades.	1. Las élites locales no siguen las prioridades identificadas por la comunidad 2. Falta de participación porque la comunidad intuye, por experiencias pasadas que su opinión no va a ser tenida en cuenta.	1. Difícil de visualizar 2. Difícil de solucionar a corto plazo. Mejorar la legitimación de las autoridades locales.
	3. Falta de participación porque los miembros de la comunidad no consideran que el tiempo empleado corresponda a beneficios que se podrían obtener.	3. Ofrecer mayores incentivos.
	4. La comunidad puede hacer solicitudes que no son las más adecuadas para la salud.	4. Educación de la comunidad
2. Mejora la eficiencia de conjugar las necesidades manifestadas de la comunidad con los servicios ofrecidos.	5. Es difícil porque suele fallar alguno de los insumos necesarios.	5. Mejor planificación
3. Permite adoptar estructuras organizativas y tecnológicas más adecuadas a las realidades locales.	6. Puede fallar capacidad gerencial en el nivel descentralizado	6. Capacitación y/o importación de personal capacitado
	7. Puede haber resistencia del personal de salud para adaptarse a la demanda local	7. Incorporación de personal local y educación del personal de salud. Puede reducir también el éxodo o fuga de personal.
	8. Puede incrementar los costos al incrementar programas específicos a diferentes realidades locales.	
4. Disminuye la fuga de autoridad al tomarse las decisiones más cercanas de la base.		
5. Supervisión más cercana y mejor control del personal.	9. Resistencia por parte del personal de salud. En niveles descentralizados pequeños es muy difícil hacer la supervisión técnica de los médicos.	8. Educación del personal de salud.
6. supervisión mas cercana del manejo de los fondos y mayor transparencia	10. Manipulación por parte de las élites locales responsables de los procesos.	9. Mejora del sistema político y jurídico, sin embargo esto puede conllevar un aumento de la violencia/represión.

Fuente: a partir de Ugalde Antonia y Homedes Nuria: "Ventajas y Desventajas de la Descentralización"

Se puede observar que algunas ventajas no son realizables porque no se pueden implementar sin que se desvirtúen su propósito y no se ha encontrado solución al problema. Por ejemplo, el objetivo de estimular la participación comunitaria. Hay una literatura muy extensa que explica la dificultad de dar participación a la comunidad. Porque las elites nacionales y/o locales no tienen interés en compartir su poder²¹⁸. Basándose en su experiencia en Chile Scarpaci²¹⁹ comenta: "*raramente habrá una descentralización auténtica, porque a nivel local es una amenaza contra los intereses de las clases dominantes*"

La adopción de estructuras organizativas y tecnologías mas adecuadas a las realidades locales no se ha realizado por la falta de personal con capacidad técnica a niveles locales. Se puede subsanar con capacitación pero la experiencia indica que es difícil retener este personal o atraer otros de fuera en localidades que no tienen infraestructuras física y social de acuerdo a sus expectativas (escuelas, actividades culturales, centros de recreación y comerciales, etc.).

²¹⁸ UGALDE A. (1999) "Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud". En Menéndez EL ed. Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso de Nicaragua 1978-1989. México, D.F.: Instituto Mora.

²¹⁹ SCARPACI JL. (1991) Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care as urban social movement. En Weil C, Scarpaci JL. Health and health care in Latin America the lost decade: insights for the 1990s St. Paul: Univeisity, Latin American Series;

Cuando en 1995 el ministerio de salud pública de El Salvador se descentralizó por provincias, la falta de personal capacitado en las provincias hizo que la casi totalidad de los médicos nombrados directores residían en San Salvador. La mayoría prefirió no trasladar su residencia a provincias y viajar a diario a sus oficinas provinciales. En este país, la posibilidad de montar equipos técnicos calificados en las provincias es muy reducida²²⁰

Los promotores de la descentralización nunca consideraron que la descentralización pudiera tener consecuencias negativas para los sistemas de salud y para los usuarios, Estudios de caso sugieren que las ventajas anticipadas no se han materializado, es decir no ha habido mayor eficiencia, equidad, calidad, y satisfacción por parte de los usuarios, y que con frecuencia hay consecuencias negativas.

Bossert²²¹ afirma: "Hoy día las grandes agencias de ayuda al desarrollo tales como el Banco Mundial y USAID, cuyas políticas están dictadas por consideraciones ideológicas, están recomendando la descentralización. Estas políticas de descentralización no están avaladas por ninguna prueba de efectividad". De acuerdo a este autor, la evidencia sugiere que la descentralización ha fracasado en aumentar equidad, eficiencia, y calidad, y la participación comunitaria en promover el proceso democrático o la salud de la comunidad. Al contrario muchas de las evaluaciones de los proyectos financiados por las agencias de desarrollo enseñan no solo que los objetivos no se alcanzan sino que las condiciones empeoran.

En el siguiente Cuadro se presentan algunos de los aspectos negativos que se han encontrado en la literatura, sus posibles soluciones y las consecuencias de estas soluciones.

5.2. Desventajas de las descentralización y posibles soluciones		
D. Desventajas	E. Posibles Soluciones	F. Posibles consecuencias de la solución propuesta
1. Pérdida de las economías de escala en la compra de medicamentos, equipos (y mantenimiento) y de otros insumos.	1. Hacer estudios específicos para diferentes tipos de insumos y de mantenimiento. Puede ser aconsejable no descentralizar algunas de estas funciones.	
2. Mayor dificultad a la coordinación intersectorial.	2. Mejorar la realización personal entre decisores de diferentes sectores. Difícil a corto plazo	
3. Incrementando de ineficiencia y baja de calidad por falta de personal capacitado en los niveles descentralizados.	3. descentralizar sólo cuando se asegura la capacidad técnica y gerencial en los niveles descentralizados. Planificación adecuada de recursos humanos.	1. Necesidades de la descentralización
4. Pérdida de la carrera administrativa.	4. En algunos casos se puede reorganizar la carrera administrativa a nivel local. No se puede hacer en los niveles municipales pequeños y a nivel comunal	
5. Disminución de la capacidad planificadora del sector por la fragmentación decisoria.	5. Es inevitable	
6. Las entidades con mayor poder político o económico se benefician desproporcionadamente aumentando la inequidad.	6. Transparencia de fondos de solidaridad a las entidades políticamente más débiles	2. Dificultades de establecer la cuantía y el destino de los fondos de solidaridad.
7. Con frecuencia personal que trabaja en el mismo	7. Unificar las condiciones de trabajo	3. Incrementar los costos.

²²⁰ UGALDE A, Selva Sutter E., Castillo C, Paz C, Cañas S, Oakes M, Solas O. (1996). Reconstruction of the health sector in El Salvador after de 1981-1992 war. A report for the European Union. Contrato núm. TS3-CT94-0305 (DG 12 HSMU). San Salvador.

²²¹ BOSSERT T. (1996) Decentralization. En Janovsky K ed. Health policy and systems development. An agenda for research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;

establecimiento puede estar contratado por diferentes niveles con diferentes escalas salariales, beneficios y políticas de recursos humanos.	y los beneficios de todo personal.	
8. Pérdida de la capacidad negociadora de los trabajadores al fragmentarles.	8. Incrementar el federalismo laboral.	4. Limita la capacidad de control de personal por el ente descentralizado.
9. Dentro de una misma entidad descentralizada las poblaciones más pobres tienden a beneficiarse menos.	9. Mejora de la capacidad negociadora de los grupos más desprotegidos. Mejora de la capacidad planificadora local.	5. Oposición de las élites y conflictos políticos.
10. Disminución de la calidad y cantidad de los servicios al descentralizar funciones sin asignar recursos suficientes		
11. Tendencia a mantener el número de trabajadores en los niveles superiores con incremento de costos y la ineficiencia.	10. Transferencia de personal a los niveles descentralizados y disminución de personal a nivel central a través de jubilaciones anticipadas y atrición.	6. Resistencia sindical a estas medidas.
12. Resistencia por parte de los niveles burocráticos superiores a perder el poder		
13. Aumento de la inequidad al aumentar la participación local en la financiación de los servicios.		
14. Disminución de la calidad de atención y aumento de los costos cuando los servicios hospitalarios se descentralizan en un nivel y los servicios ambulatorios en otro nivel mas bajo.	11. Muy difícil solución	
15. Se ha considerado como primer paso a la privatización de algunos servicios en particular cuando se transfieren las responsabilidades o se contrata a ONGs. Puede deteriorarse la calidad y al acceso a los servicios.	12. Subsidiar la atención de la población que no pueda pagar. Controlar la calidad de la atención.	7. No hay ninguna metodología capaz de identificar a los que ameritan el subsidio. Muy difícil controlar la calidad y determinar quien la controla

Fuente: a partir de Ugalde Antonia y Homedes Nuria: "Ventajas y Desventajas de la Descentralización"

Se ha documentado que los líderes de las comunidades tienden a asignar el gasto a actividades que no son siempre recomendables, por ejemplo a gastos en atención médica de alta tecnología en vez de programas preventivos²²², o a satisfacer intereses de grupos. En Bolivia se pasaron los fondos para salud y educación a los municipios con la intención de que se invirtieran en los sectores sociales pero los alcaldes prefirieron gastarlos en infraestructura física de otros sectores, y las cuotas de recuperación de los centros de salud se utilizaban para complementar los salarios del personal, principalmente el de los médicos.

La experiencia en Colombia demuestra que con la municipalización los alcaldes invirtieron en la construcción de hospitales donde de acuerdo con el mapa de distribución de infraestructura nacional correspondía un centro de salud. Lo mismo sucedió en los CLAS de Perú, donde la junta directiva de algunos centros decidió aumentar las cuotas de recuperación o vender medicamentos comerciales para tener más ganancias y poder convertir el centro de salud en un hospital. Por otra parte, las comunidades no están siempre dispuestas a seguir las recomendaciones basadas en principios técnicos bien establecidos. Durante el gobierno sandinista (1979-1990) en Nicaragua el ministerio repartió letrinas en áreas rurales y hubo quienes prefirieron venderlas para satisfacer otras necesidades que consideraban más perentorias²²³.

²²² HOLLEY J. (1995). Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud. Territorio de Capinota, Bolivia. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington. D.C.: University Research Corporation, Agosto.

²²³ Op. Cit. 187.

El aumento de inequidad ha sido documentado por González-Block²²⁴ y sus colaboradores en México, En Chile hay amplia información que establece al aumento de la inequidad con la municipalización de los servicios. Los municipios o estados mas pobres tienen menos recursos que los mas ricos, un problema que se puede subsanar con la transferencia de fondos, pero la determinación de la cantidad y la modalidad de la transferencia son decisiones complejas y difíciles que no siempre consiguen reducir la inequidad como demuestra la experiencia de Colombia, que por otra parte es uno de los pocos países que ha establecido fondos de compensación. Incluso cuando no hay, descentralización financiera y los niveles locales reciben los fondos de niveles superiores, los decisores locales han distribuido los recursos en respuesta a las demandas de los hospitales y centros más poderosos, por ejemplo los universitarios, con lo cual las poblaciones más pobres han quedado más desatendidas, y ha aumentado la inequidad a nivel regional.

La descentralización aumenta el gasto debido a la organización de las nuevas administraciones, al entrenamiento del personal descentralizado y del personal central que debe reorientar sus actividades, a la subida de salarios causadas por la homologación del personal que se transfiere de una institución a otra (se calcula que en Colombia el incremento fue del 33%) y al incremento de la demanda²²⁵.

Al descentralizar se pierden las economías de escala en la compra de insumos, equipos y medicamentos con lo que se aumentan los costos. Lo mismo puede suceder con el mantenimiento de equipos, sobre todo en áreas de baja población o con un número pequeño de unidades. La solución es mantener centralizada las compras y evaluar si resultaría más eficiente el mantenimiento de equipos desde el nivel central a través de un contrato con empresas privadas o con personal propio. Los nuevos gastos no siempre aumentan la producción de servicios, por ejemplo cuando se hacen nuevos nombramientos para las unidades descentralizadas pero por legislación vigente, reglamentos del servicio civil o presiones sindicales no se puede reducir la nómina a nivel central. Si este es el caso hay la eficiencia disminuye.

Los gobiernos provinciales descentralizados pueden tender a endeudarse, como sucedió en Argentina, ya bien sea por gastar mas de lo que ingresan o por préstamos que no pueden después pagar y que el gobierno central termina asumiendo. El Bando Mundial ha considerado que esta práctica es desestabilizadora para las economías de los países. Se puede limitar la capacidad de endeudamiento de las entidades descentralizadas por medio de legislación, pero ello limita el poder de las unidades descentralizadas.

La transferencia de responsabilidades se ha hecho en casi todos los países en nombre de la descentralización antes de estudiar detalladamente que modalidades se debieran seguir teniendo en cuenta el costo y nuevas fuentes de financiación, las variables demográficas, culturales, políticas, y el contexto histórico.

Hay quienes piensan que la única forma de conseguir que las municipalidades cuenten con la capacidad administrativa es descentralizando, ya que esto les fuerza a desarrollar la capacidad o a importarla. Esto bien puede suceder en las municipalidades más grandes pero claramente en los miles de municipios pequeños de América Latina no es factible. Cuando se municipalizó la salud en Colombia un porcentaje muy alto de los alcaldes que ya eran elegidos por votación y que debían hacerse cargo del sector salud eran analfabetos, y tenían un conocimiento muy limitado de salud pública. Se ha calculado que por lo menos el 20% de las administraciones municipales no tenían la capacidad para ordenar el manejo del sector.

En muchos países el proceso de implementación ha sido causa de problemas y de conflictos institucionales que en algunos casos ha paralizado la descentralización. La improvisación por la falta de

²²⁴ GONZALEZ-Block MA, Levra R, Zapata O et al, (1989). Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. Health Policy and Planning.

²²⁵ LA FORGIA GM, Gonzalez-Block MA. (1995) Descentralización en salud: lecciones de la experiencia. Discussion paper no. 2. Inter-American Development Bank. Washington, D.C.: Banco Inter-Americano para el Desarrollo.

identificación de los obstáculos que la descentralización genera y la falta de personal capacitado, las presiones de los organismos internacionales por llevar a cabo la reforma neoliberal ha producido un proceso de descentralización que en algunos países se ha caracterizado por la improvisación.

En Paraguay se creó confusión al no diseñar mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles. No se aclaró de antemano las funciones de las nuevas secretarías de salud dependientes del gobernador cuyas funciones duplicaban la de los directores regionales dependientes del ministerio creando serias fricciones entre los dos. Quedaron sin definir el sistema de financiación y las modalidades de transferencias de fondos. Se descentralizó la compra de medicamentos que en un país pequeño como Paraguay probablemente aumentó los costos.

La Forgia y González-Block²²⁶ (1995) afirman que en Colombia la implementación de la descentralización fue prematura y todavía hay cierta confusión a nivel local". En El Salvador, la descentralización sin ninguna programación ni estudios de factibilidad. El ministerio decidió empezar la reforma de salud descentralizando y la única preparación fue unas horas de entrenamiento a los jefes de los servicios de salud provinciales. En este país ni siquiera se desconcentró el ministerio.

Tal y como ya ha quedado establecido la descentralización afecta los intereses de muchos trabajadores del sector salud que de una forma u otra pueden dificultar su implementación. Se ha reconocido que los administradores centrales no aceptan perder su poder, y que los administradores provinciales una vez que reciben el poder tampoco tienen interés en transferirlo a niveles inferiores, reproduciendo a nivel provincial el centralismo que se intentaba cambiar. Los empleados públicos que temen perder su empleo o beneficios laborales, cambio de residencia de actividades no solamente se oponen a los cambios sino se desincentivan y su productividad baja durante los periodos de cambio.

5.3 Implicaciones y Consecuencias de la Reforma para el Sector Salud Mexicano.

El análisis de la descentralización de servicios públicos no se puede hacer a cabalidad sin tomar en cuenta el proceso fiscal en México, que, paradójicamente, tiende a centralizar más la recaudación de impuestos y la asignación de recursos.

En el marco del federalismo fiscal, el Estado mexicano procura dos objetivos que pueden resultar en tensión: la equidad y la eficiencia en la provisión de los servicios públicos. El proceso fiscal mexicano combina elementos de los modelos centralista y descentralizado, con predominio del primero. En el centralismo la carga fiscal recae principalmente en el gobierno federal, que distribuye los recursos a los estados y municipios mediante transferencias; en el modelo descentralizado, los gobiernos locales asignan las partidas conforme a su agenda propia y con alto grado de autonomía del gobierno central. En el modelo de transferencias, el gobierno central conserva la mayor parte de las decisiones respecto a cuánto y en qué gastar los recursos; a esta asignación para fines específicos se le denomina en nuestro país "recursos etiquetados." El proceso fiscal híbrido se basa en complejos mecanismos y fórmulas de coordinación fiscal entre los municipios, los estados y el gobierno central.

Lo ingresos federales provenientes de impuestos (sobre la renta y el IVA, principalmente), derechos y aprovechamientos, son la fuente de financiamiento del gasto público. El fondo general de participaciones a los estados y a los municipios se constituye con el 20% de los ingresos netos totales del gobierno federal, y se distribuye en proporción al número de habitantes de cada estado y conforme a un coeficiente de participación, determinado mediante una fórmula que considera el registro histórico y apoyos extraordinarios.

Además de estos recursos, los estados y municipios reciben fondos bajo la forma de "recursos etiquetados" para distintos sectores (educación, desarrollo regional, etc).

²²⁶ Idem.

Pese a que se han establecido mecanismos de distribución de los recursos fiscales, existe un problema que prevalece de tiempo atrás y que se acentúa cada periodo de sesiones en el Congreso – que es quién determina la forma y montos de asignación de dichos recursos- y este radica principalmente en la falta de consenso entre los diversos grupos en el poder, en determinar que debe o debería ser prioritario, así como en las formas y medidas para la aumentar o – cuando menos - preservar los montos recaudados.

Hablando específicamente rubro del gasto público – en el que se incluye el gasto social y consecuentemente el gasto en salud -, el porcentaje destinado a él, se ha visto considerablemente disminuido en los últimos años.

para precisar más ampliamente la forma en que se ha dado esta tendencia, es necesario puntualizar algunos conceptos:

El gasto público en México está dividido en dos grandes rubros. El gasto programable (GP) y el gasto no programable (GNP). El GP está constituido por el gasto del gobierno federal (Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos electorales y tribunales agrarios) y por el gasto de los llamados organismos y empresas de control presupuestal directo (Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Por su parte, el GNP está constituido por los intereses, comisiones y gastos de la deuda; los estímulos fiscales, y las participaciones a entidades federativas, municipios y otros.

Entre 1982 y 1987, el GP, como porcentaje del PIB, descendió del 27 al 22%, mientras que el GNP mostró un incremento en ese mismo periodo de nueve puntos porcentuales.

Este comportamiento inverso nos habla de una sustitución del gasto debida sobre todo al incremento del servicio de la deuda: una buena parte de los fondos que normalmente utilizaba la federación para financiar a los diversos sectores empezaron a utilizarse para pagar los servicios de una deuda pública (alrededor del 8% del PIB en los años de ajuste), principalmente externa, que en 1987 representó el 57.4% del PIB y más del 400% de las exportaciones.²²⁷

A partir de 1991 esta tendencia se revierte y el GP empieza a aumentar, al tiempo que disminuye el GNP. Esto se debió sobre todo a la renegociación de la deuda externa, al saneamiento de las finanzas de la federación y a la venta de diversas empresas públicas. El GP, sin embargo, como porcentaje del PIB, no vuelve a alcanzar los niveles de principios de los años ochenta.

*Gasto en bienestar social*²²⁸

Para analizar la evolución reciente del gasto del sector bienestar social resulta útil ubicarlo dentro de la evolución del GP. Este gasto se divide en 10 sectores: desarrollo rural; pesca; desarrollo social; comunicaciones y deportes; turismo; energético; industrial y minero; justicia y seguridad; comercio, y administrativo.

De todos los sectores que participan en el GP, el que más presupuesto recibe es el sector desarrollo social que está dividido en cinco subsectores: educación; salud y laboral; solidaridad y desarrollo regional; desarrollo urbano, ecología y agua potable, y social de abasto. En promedio, este sector representó alrededor del 8% del PIB en el periodo 1980-1995. En 1981 el gasto del sector ascendió a 446 millones de pesos reales, equivalentes al 9% del PIB. A partir de este año, sin embargo, la tendencia predominante es a la baja, hasta 1989, año a partir del cual crece hasta 1994, en que alcanza la cifra de

²²⁷ ASPE, Armella P. (1993). "El camino mexicano de la transformación económica". México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

²²⁸ LARA, Alejandro, Gómez - Dantes Octavio, Urdapilleta Oswaldo. (1997). "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995". *Salud pública de México / vol.39, no.2, marzo-abril de 1997*

600 millones de pesos, equivalentes a poco más del 10% del PIB. En 1995, el gasto de este sector vuelve a caer a 523.9 millones de pesos.

El subsector salud y laboral tradicionalmente ha concentrado, junto con el subsector educación, la mayor parte del gasto del sector desarrollo social. En 1995 el gasto en salud ascendió a 220 millones de pesos y el gasto en educación a 234 millones de pesos, que representan, cada uno, poco más del 4% del PIB.

Finalmente, el componente más importante del subsector salud y laboral es de salud, que concentra aproximadamente el 99% del gasto del subsector. Este componente está dividido a su vez en el gasto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA), principalmente.

Gasto público en salud

Al gasto público en salud se le puede definir como la suma del gasto que hacen las instituciones de seguridad social y el gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Como porcentaje del PIB, este gasto no rebasó en el periodo 1980-1991 el 3.6%, porcentaje alcanzado en 1982. A partir de este año este porcentaje descendió hasta alcanzar en 1987 su nivel más bajo (2.7%). Posteriormente se ha ido recuperando muy lentamente, para ubicarse en 1995 en 4.06%. Esta situación es grave, ya que en México el grueso de la población utiliza los servicios públicos de salud, y los rezagos acumulados y el crecimiento poblacional suponen incrementos sustanciales – que no se han dado-, de hecho, este retroceso ha limitado las posibilidades de ampliación de cobertura y ha afectado la calidad con la que se han prestado los servicios públicos de este sector en los últimos años.

Tradicionalmente, el gasto de las instituciones de seguridad social –responsables de aproximadamente del 45% de la población total– ha sido muy superior al gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada –que atienden a alrededor del 50% de la población nacional. En el periodo 1987-1995, el 79% del gasto público total en salud correspondió a la seguridad social y el 21% restante a las instituciones dedicadas a atender a la población abierta.

Cabe señalar, sin embargo, que a partir de 1992 las tasas reales de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones que atienden a la población abierta empezaron a ser ligeramente mayores que las tasas de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones de seguridad social. De hecho, para el periodo 1987-1995 en su conjunto, el crecimiento anual promedio del presupuesto de las instituciones encargadas de la población no asegurada en términos reales fue de 4.5%, mientras que el crecimiento anual promedio del presupuesto ejercido por las instituciones de seguridad social fue de 4.2%. Este esfuerzo por cerrar las brechas institucionales, aunque loable, ha resultado insuficiente.

Gasto público en salud en población no asegurada (1985 – 1995)

La SSA ocupa el segundo sitio en el cuadro del gasto público en salud y es la principal institución por lo que se refiere a la atención de la población no asegurada. En 1994 su presupuesto ejercido ascendió a \$6 157 millones, que se distribuyeron de la siguiente manera: las entidades federativas recibieron el 54%; las unidades administrativas centrales recibieron el 21%; los organismos descentralizados gastaron el 13%, y los llamados organismos desconcentrados se beneficiaron con el 12% restante.²²⁹

²²⁹ Los organismos descentralizados incluyen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, los Centros de Integración Juvenil, el Hospital General "Manuel Gea González", el Hospital Infantil de México y los Institutos Nacionales de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Senectud, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología y Salud Pública. Los organismos desconcentrados incluyen al Hospital General de México, al Instituto Nacional de la Comunicación Humana, al Instituto Nacional de Ortopedia, al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y al Hospital Juárez de México.

Los estados se agruparon con base en las cinco regiones definidas por la ENSA II:²³⁰ Norte, Centro, Sureste y Golfo, Distrito Federal y PASSPA.²³¹

Históricamente, las regiones que más presupuesto han recibido son la Centro y Norte. En el periodo 1985-1995 los porcentajes promedio de distribución del gasto fueron los siguientes: la región Centro recibió el 31%; la región Norte el 24%; la región Sureste y Golfo el 16%; el Distrito Federal el 12%, y la región PASSPA el 17%.²³² En 1995 el gasto total por regiones se distribuyó de la siguiente manera: región Centro, 29%; Norte, 25%; PASSPA, 21%; Sureste y Golfo, 18%, y Distrito Federal, 6%.²³³

Las regiones que recibieron mayores recursos per cápita entre 1990 y 1995 fueron la Norte y la Distrito Federal, mientras que las regiones menos favorecidas fueron la Centro, la Sureste y Golfo, y la región PASSPA, mismas que tuvieron un gasto per cápita casi tres veces menor que la región Norte en 1990 y 1991.

Esta distribución de recursos no guarda ninguna relación con la distribución de las necesidades de salud. Este hecho empezó a documentarse desde los años ochenta en los trabajos de López Cervantes y Borja Aburto –que utilizaron como indicadores de necesidad la mortalidad y los años de vida potencial perdidos, respectivamente–, y se demostró de manera exhaustiva recientemente en un trabajo de Lozano y colaboradores.^{234, 235}

Por lo que se refiere a la esperanza de vida, por ejemplo, siete de las 10 cifras más bajas de este indicador en el país correspondieron en 1988 a entidades de las zonas PASSPA, y Sureste y Golfo (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz)²³⁶.

Lo mismo sucedió con la mortalidad infantil en 1990: cuatro de los cinco estados con las cifras más altas de mortalidad infantil estimada correspondieron a estados de las regiones PASSPA, y Sureste y Golfo (Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla). En contraste, las cinco mejores cifras correspondieron a estados de la región Norte (Baja California Norte, Baja California Sur, Coahuila y Nuevo León) y al Distrito Federal. En el rubro de mortalidad materna la historia se repite: Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz presentaron en 1990 las tasas más altas de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos registrados (120.1, 83.8, 81.9 y 75.0, respectivamente).²³⁷ Las tasas más bajas se presentaron en Coahuila, Aguascalientes, Tamaulipas, Baja California Sur y Nuevo León (8.4, 16.7, 18.4, 21.3 y 23.3, respectivamente).

Los datos de un estudio de la Fundación Mexicana para la Salud sobre el peso de la enfermedad confirman lo que señalan los indicadores tradicionales de salud: que las necesidades de salud tienden a ser mayores en los estados PASSPA y en las entidades del Sureste y el Golfo. Más específicamente, Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla e Hidalgo son los estados que más contribuyen al peso de la

²³⁰ SECRETARÍA de Salud. (1994). Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F. SSA.

²³¹ La región Norte comprende los estados de Baja California Sur, Baja California Norte, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y Aguascalientes. La región Centro incluye San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima. La región Sureste y Golfo comprende Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo. La región Zona Metropolitana de la Ciudad de México incluye solamente al Distrito Federal. Finalmente, la región PASSPA Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta– comprende a los estados de Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

²³² En los años 1985-1988 no se incluye el presupuesto del Programa IMSS-Solidaridad.

²³³ El gasto per cápita se obtuvo dividiendo el gasto real en salud de cada una de las regiones entre su población abierta. La población abierta, a su vez, se obtuvo restándole a las proyecciones estatales de las poblaciones regionales del Consejo Nacional de Población a la población derechohabiente de cada región.

²³⁴ LÓPEZ-Cervantes M. (1985) "Utilización de los datos de mortalidad para la planeación de los servicios de salud: el caso de México. Salud Pública Mex.

²³⁵ LOZANO R, Infante C, Schiapfer L, Frenk J. (1993). "Desigualdad, pobreza y salud en México". México, D.F.: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, El Nacional.

²³⁶ SECRETARÍA de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. (1994) Bases de información para la salud. Cifras municipales. México, D.F.: SSA, DGEIE.

²³⁷ SECRETARÍA de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Mortalidad (1992). México, D.F.: SSA, DGEIE,

enfermedad en el país. Oaxaca y Chiapas, por ejemplo, presentaron en 1991 una pérdida de años de vida saludable cinco y cuatro veces mayor que Nuevo León, respectivamente.

Cabe señalar, sin embargo, que con el fin de cerrar estas brechas presupuestales y eventualmente las brechas en salud, desde mediados de los años ochenta el gobierno federal reestructuró la asignación presupuestal a las entidades federativas. De hecho, en el periodo 1989-1995 las tasas de crecimiento promedio del presupuesto real fueron más altas en las regiones Sureste y Golfo, y PASSPA que en el resto del país: 11.6% en la región PASSPA; 10.2% en la región Sureste y Golfo; 9.5% en la región Norte; 5.0% en la región Centro, y -1.0% en el Distrito Federal.²³⁸

Aún más, con el objetivo de fortalecer esta política presupuestal de combate al rezago, en 1989 la SSA creó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), que estuvo dirigido a los cuatro estados más rezagados del país (Chiapas, Guerrero, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca) y, paradójicamente, al Distrito Federal. El 90% de los recursos totales del programa -250 millones de dólares (180 producto de un préstamo del Banco Mundial y 70 aportados por el gobierno federal) - se utilizaron para mejorar y extender la atención básica de la salud de 13 millones de habitantes no asegurados de las entidades antes mencionadas.

La incorporación de los recursos del PASSPA permitió a esta región acercarse a la región Norte en 1993 y superarla en 1994. Por desgracia, los estados de las regiones Centro y Sureste y Golfo no recibieron apoyos similares.

Por lo que se refiere al gasto per cápita los recursos del PASSPA le permitieron a esta región superar a la región Centro desde 1992 y acercarse a regiones Distrito Federal y Norte. De hecho, en términos reales, el gasto per cápita en la región PASSPA se duplica entre 1990 y 1994, al pasar de 0.26 pesos el primero de estos años a 0.58 en 1994, cifra esta última superior a la que le correspondió al país en su conjunto (0.50), pero todavía muy inferior a la de la región Norte (0.73). Por desgracia, en 1995 vuelve a descender a 0.43, cifra similar a la de 1992.

A diferencia de lo que sucedió en la región PASSPA, los esfuerzos por incrementar el gasto de las regiones Centro y Sureste y Golfo, poco impactaron el gasto per cápita en estas regiones, cuyo gasto sigue muy alejado del gasto de las regiones Distrito Federal y Norte, a pesar de tener una carga de enfermedad muy superior.

De hecho, el gasto per cápita de la región Norte en 1994 fue casi dos veces superior al gasto de las regiones Centro y Sureste y Golfo.

Las desigualdades en la distribución del gasto público en salud en México son casi propias de este rubro del gasto y empezaron a documentarse en la literatura académica del área de la salud en los años ochenta.²³⁹

Entre las principales implicaciones, para que la desigualdad sea mayormente acentuada, podemos mencionar las siguientes:

- Las crisis económicas y las políticas de ajuste adoptadas por el gobierno mexicano desde principios de los años ochenta que han influido de manera negativa en el financiamiento de los servicios públicos de salud.
- La escasez relativa de recursos en el sector salud sumada a las inequidades en la asignación de recursos y la inadecuada distribución del gasto.

²³⁸ El descenso del presupuesto del Distrito Federal se explica sobre todo por el incremento de los organismos descentralizados y desconcentrados a costa de los servicios de salud de la capital del país. Cabe señalar, sin embargo, que los servicios de estos organismos benefician de manera abrumadora a la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

²³⁹ Op. Cit. 234

- Al interior de la SSA, la asignación ha favorecido a las áreas centrales y a las entidades federativas con mayor desarrollo.
- El gasto presupuestal en todas las instituciones ha beneficiado a la atención curativa y poco se ha hecho, incluso en años recientes, por incrementar el gasto en actividades de salud pública y promoción de la salud.
- Finalmente, el gasto público en salud se ha concentrado de manera importante en el segundo y tercer nivel de atención.

La revisión del gasto público en este periodo (1985 - 1995) muestra, por ejemplo, que las políticas de ajuste —dentro de las que destacan, la contracción del gasto y la canalización de una cantidad extraordinaria de recursos al pago del servicio de la deuda pública— han afectado y siguen afectando de manera negativa el gasto en desarrollo social y, por lo tanto, el gasto en salud.

Por lo que toca a la distribución del gasto público dedicado a la atención de la salud de la población no asegurada de México, los datos indican que si bien se han hecho esfuerzos por diluir las diferencias, éstos han sido insuficientes. Las tasas de crecimiento del presupuesto federal en los últimos 20 años han favorecido a las entidades más rezagadas, pero han impactado muy poco las brechas existentes. De hecho, el gasto per cápita en las regiones Norte y Distrito Federal sigue siendo muy superior al gasto per cápita de las entidades de la mitad sur del país, sobre todo al de los estados de las regiones Centro, y Sureste y Golfo.

Estos datos sugieren, por un lado, que son la capacidad de negociación y la importancia estratégica de las entidades federativas las que han determinado la asignación de recursos, y contradicen, por el otro, el principio que tradicionalmente ha justificado la concentración de los recursos fiscales en el ámbito federal: la redistribución de los mismos mediante su transferencia de las entidades más desarrolladas a las entidades menos desarrolladas.

Ahora bien continuando con el proceso de descentralización para el sector salud de nuestro país, una segunda fase inicia a partir del 20 de agosto de 1996, día en que se firma el acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud; suscrito por el Secretario de Salud, los gobernadores de los 31 estados de la república y el dirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

Mediante este acuerdo, el gobierno federal transfiere a los estados la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población abierta, es decir, a las personas que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social e incapaces de pagar servicios privados. También, se transfiere —paulatinamente— a los municipios el control sanitario de establecimientos y servicios. Con la descentralización se espera cumplir "... un doble propósito:

El político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local, las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y social, al acercar a la población servicios fundamentales que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficacia y oportunidad".

El gobierno central transfirió la relación laboral de 103 mil trabajadores del sector, entre médicos, paramédicos y enfermeras, así como personal de administración e intendencia; además se trasladó la responsabilidad de manejar directamente más de 7 400 hospitales, clínicas y centros de salud, que se encontraban equipados y en operación. La descentralización incluyó la transferencia de 6 132 millones de pesos (aproximadamente, 940 millones de dólares) para continuar con la operación en 1996. Igualmente, el gobierno federal se comprometió a establecer programas compensatorios para regiones deprimidas y para la población más vulnerable. La descentralización de los servicios de salud a la población abierta es parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, donde el concepto de equidad toma relevancia. No obstante que no se pretende descentralizar los servicios en los municipios, el programa de "municipio saludable" implica la participación de la comunidad en programas de salud, saneamiento e higiene.

Pese a las medidas adoptadas en las distintas etapas por las que transito el proceso de descentralización en nuestro país a la distancia de los veinte años transcurridos desde su inicio se observa que los pasos hacia la descentralización resultaron fallidos.

La descentralización de la salud a la población abierta está enclaustrada en un concepto de transición económica y política que tiende a modificar, el sistema corporativo que resultó de la revolución mexicana. En 1986, con el ingreso de México al GATT (Acuerdo general de aranceles aduaneros y comercio), y posteriormente con la firma del Tratado de Libre Comercio en 1994, comenzó la apertura económica que en menos de dos décadas acabó con el sistema proteccionista y debilitó el concepto de Estado; en tanto que el sistema político al encaminarse hacia una democracia electoral, en la práctica, impide acuerdos entre los diversos grupos de poder, lo que agrava problemas y situaciones ya existentes. La desigualdad e inequidad sociales, siguen formando parte de la dinámica del desarrollo del país.

5.4. Implicaciones y consecuencias de la Reforma para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Desde hace poco más de cuatro lustros la economía mexicana transita por una crisis estructural, el proyecto económico iniciado desde el periodo de Miguel de la Madrid (1982), ha tenido como soporte un conjunto de transformaciones ampliamente comentadas y orientadas desde los principales organismos internacionales y continuadas por los sexenios posteriores.

Los "paquetes" económicos implementados a lo largo de este periodo (1982 - 2002), lejos de resolver la crisis económica mexicana la han profundizado, situación que podemos observar a través de los fuertes desequilibrios macroeconómicos, ejemplo de ellos son los déficit de las finanzas públicas en 1997 (0.7%), en 1998 (1.3%) y en 1999 (1.25%) con respecto del PIB²⁴⁰. Déficit que no financió la expansión económica, sino la ineficiencia del sector privado financiero y empresarial.²⁴¹

Los saldos económicos de los programas de ajuste y estabilización económica, han propiciado el crecimiento de la desigualdad socioeconómica, consecuencia de la contracción salarial y de la polarización de la distribución del ingreso, en términos de cifras encontramos que:

- ⇒ Entre 1982 y 1993, la participación de los salarios en el PIB paso de 36% a 28.5%, en contraste con las ganancias de 55% a 62% en el mismo periodo.²⁴²
- ⇒ En 1984 y 1994, al decil más pobre de la población le correspondió el 1.3 y 1.1% del ingreso nacional, mientras el mas rico aumento su participación al pasar de 34.2 a 41.2% respectivamente.²⁴³
- ⇒ Entre 1982 y 1997 la población en condiciones de pobreza paso de alrededor de 40 millones a 50 millones de personas y en el periodo de 1994 a 1998, la cifra de mexicanos en extrema pobreza se duplico al pasar de 14 a 26 millones de personas.

En resumen, se han deteriorado todos los indicadores de nivel de vida de la población.

En este contexto y tal y como anticipamos en el capítulo 3, el Banco Mundial en su informe de 1993 "invertir para la salud", señala una serie de recomendaciones tendientes a promover la asistencia clínica vía la ampliación de seguros privados o de seguros sociales bajo un modelo de "diversidad" y "competencia" y/o subrogación y subcontratación de insumos y servicios del sector público.

²⁴⁰ PODER Ejecutivo Federal (1999) Quinto Informe de Gobierno

²⁴¹ basta con recordar el rescate bancario y carretero en esos años.

²⁴² ESCOBAR, Toledo Saúl y Ulloa Padilla Abdulla. (1996). "El nuevo sistema de pensiones y su impacto en la economía: Prefiguración de algunas tendencias. UAM - Xochimilco y Fundación Fedrich Ebert.

²⁴³ Idem.

Aunado a lo anterior y tal y como lo señalamos en el cuarto capítulo, la Reforma del IMSS se inicia con un diagnóstico situacional en 1995, mismo que serviría de fundamento para la reforma implementada a partir de 1997, en donde el sistema de pensiones pasa a ser administrados por particulares.

Desde una perspectiva más amplia, podemos ver que la reforma de la Ley del Seguro Social, se inserto dentro de las políticas de desmantelamiento de la propiedad nacional y de la ampliación del ámbito de la gran empresa privada (tanto nacional como extranjera).

Sabemos que dentro de las políticas de ajuste, diversos sectores del Estado han pasado a manos de particulares, sin embargo en el caso de la Seguridad Social, no solo se encuentran involucradas situaciones de carácter económico y financiero, sino – y principalmente–, el aspecto de los derechos sociales constitucionales y de las principales fuentes de Bienestar Social.

Dentro del marco de las Reformas en 1998, por gestiones de las Autoridades el Instituto, el gobierno federal tramitó un préstamo de 700 millones de dólares del BM, para establecer el programa de reforma, recomendado por el propio organismo y por 30 millones más para la asesoría técnica en la implementación de dicho programa; por supuesto dicho préstamo está condicionado a que el IMSS cumpla con las políticas señaladas por el propio organismo financiero, entre las que destacan:

- La separación entre las áreas de financiamiento y las áreas de atención médica.
- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado²⁴⁴

Aunque en el discurso oficial, reiteradamente se niega el concepto de privatización dentro de la seguridad social, con la Reforma efectuada a partir del 1997 se procedió a privatizar los fondos sociales de pensiones, con lo que las denominas AFORES y las compañías de seguros, pasan a ocupar una función que antes correspondía exclusivamente al Estado a través del propio IMSS. Con este nuevo sistema de pensiones privado tres de los cinco seguros del régimen obligatorio quedan insertados a la dinámica de la empresa privada y del mercado: las AFORES a través de SIEFORES, administran e invierten los fondos de las pensiones individualizadas del seguro de Retiro, Cesantía y Vejez, además están autorizadas para la venta de pensiones bajo la modalidad de retiros programados; por su parte las compañías privadas de seguros asignan mediante contratos, la compra venta de toda clase de pensiones derivadas de los tres seguros ya mencionados. Al IMSS se le asigna una misión exclusivamente fiscalizadora y de gestión de demanda. En otras palabras una actividad pública y social, es ahora desempeñada por la empresa privada, que por la contraprestación de sus servicios obtiene utilidades que no son reembolsables al sistema de seguridad ni a sus beneficiarios.²⁴⁵

Pese a que la privatización del sistema de pensiones, no ha traído otra cosa que altas comisiones por sus servicios, la segunda ola de privatizaciones ya esta en marcha: ahora en el campo de las prestaciones médicas; y tiene que ver con la privatización parcial de los servicios médicos que otorgan en forma exclusiva el IMSS y el ISSSTE, derivada – por supuesto – de los convenios establecidos entre el BM y el Gobierno Federal, enmarcados estos en el objetivo de financiar un conjunto de "servicios clínicos esenciales en salud" definidos a escala nacional (para México Paquete básico de servicios de salud) con lo que el Estado justificaría el cumplimiento al derecho constitucional en materia de salud, permitiendo así que el resto de la salud sea financiada de manera privada y a través de seguros sociales (estos últimos bajo esquemas de subrogación o contraprestación de servicios).²⁴⁶

El primer paso para dar inicio a la Reforma, será sentar las bases para que las compañías privadas de seguros especializadas en el área médica, se hagan cargo de una parte de la población trabajadora

²⁴⁴ LOAN Agreement (1998). Health System Reform Sector Adjustment Loan) Between International Bank for Reconstruction and Development and Banco Nacional de Obras y Servicios S.N.C. México 14 de septiembre.

²⁴⁵ En promedio las AFORES cobran comisiones de alrededor del 26% del Salario base de cotización de los trabajadores y según la dirección del IMSS en 25 años administraran recursos provisionales del 50% del PIB.

²⁴⁶ Op.Cit. 120.

cotizante. El IMSS ha creado ya siete Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, con autonomía presupuestaria de las que dependen por ahora treinta zonas que darán paso a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud Públicas (OASS), las que competirán por las cuotas y los derechohabientes de las OASS privadas (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud). La estructura de las regiones y zonas del IMSS e esta llevando a cabo en base a las Health Maintenance Organizations (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), empresas internacionales que manejan la atención de la Salud. Además el IMSS esta estableciendo los llamados sistemas de "capacitación" y de "grupos relacionados por diagnóstico" sistema utilizado por las compañías aseguradoras en otros países y que servirán para fijar primas y co-pagos que deben establecerse en las diferentes regiones del país, para lo cual cuenta con el apoyo técnico de BM.

En el marco de las disposiciones de la nueva ley del seguro social el referido "plan conservador de la reforma de salud del IMSS", contempla al menos dos proyectos complementarios entre sí : el primero corresponde al proyecto de reglamentación institucional de la subrogación de los servicios y revisión de cuotas previsto por la ley; y el segundo definido por el proyecto de "reforma del IMSS" financiado con recursos del BM hasta por 700 millones de dólares.

En términos generales el planteamiento de subrogación de los servicios y revisión de cuotas, tiene por objetivo propiciar la apertura a empresas aseguradoras y médicas privadas para la provisión de los servicios en especie y subsidios previstos en tres de los cinco seguros del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de trabajo y guarderías. Para darle sustento legal a este proyecto la cúpula empresarial ha presentado un proyecto de reglamento que señala a dos figuras organizadas en sociedades anónimas: los prestadores de servicios que pueden ser personas físicas o morales que cuenten con infraestructura propia para prestar servicios de atención de la salud, de atención médica derivada de riesgos de trabajo y de servicios de guarderías y las administradoras de servicios que pueden ser personas físicas o morales contratadas por el patrón que administran la provisión de servicios integrales de salud en los tres niveles de atención, en riesgos de trabajo y guarderías.²⁴⁷

Lo que es evidente es que en uno u otro caso se esta frente al desmantelamiento de espacios fundamentales del a prestación de los servicios de salud de la seguridad social, para transferir la responsabilidad a la empresa privada organizada, llevando la "libertad de elección individual" y la "competencia" al terreno de la salud.

Por lo demás esta plenamente demostrado que la atención privada resulta mucho más cara y puede conducir a una estratificación de beneficios para la población asegurada.

La implementación de estas reformas, no ha resultado tarea fácil gracias al a oposición y la presión constante ejercida por los propios trabajadores del Instituto, por ello es que dicha reforma se prevé se realice paulatinamente.

Tal y como mencionamos la primera fase será abrir el sector de salud a la iniciativa privada a través de la reglamentación y ampliación de los mecanismos de subrogación de servicios (cosa que ya se esta implementando), seguida de una segunda fase que consiste en ampliar la cobertura de la seguridad social a las personas de ingresos medios con la capacidad de realizar pagos anticipados y por otro introducir la libertad de elección de los usuarios como elemento de calidad, los pasos de esta fase se han operado por medio de la reforma a la Ley del Seguro Social que creo un nuevo seguro de régimen voluntario denominado Seguro de Salud para la Familia, que busca atraer la población que sin tener una relación de trabajo subordinada o salarial, tienen en cambio una capacidad de pago anticipada.

En Una tercera fase, bajo un esquema de mediano y largo plazo se busca introducir un cambio radical en el modelo de organización corporativa del IMSS y los principios en que se sustenta la prestación de servicios del Instituto. Es decir, la reforma operaria tanto en el ámbito de prestación o entrega de de servicios, como en el financiamiento. En esta fase el fortalecimiento de los mecanismos de libre elección

²⁴⁷ MACIAS Santos Eduardo (1998) Proyecto de reglamento de subrogación de servicios. CCE

conduciría a la separación de la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios.²⁴⁸

La pretensión última de este proyecto es sentar las bases para la implantación de un régimen en el subsector de la seguridad social de competencia interna y externa por la demanda, es decir la competencia por los asegurados y el financiamiento (cuotas y aportaciones) en los tres niveles de atención, entre prestadores públicos y privados.

Le reforma estructural que se persigue con este proyecto es convertir al IMSS en gestor de la demanda y en un competidor de los asegurados de manera interna, a través de las unidades y hospitales del Instituto, y a su vez en un competidor externo por los asegurados frente a una red de administradoras de salud privadas. Para lo cual se propone un cambio radical que parte de la separación clara entre "financiamiento" y "prestación de servicios", basándose en un esquema que incluye la identificación clara del gasto per cápita en salud y de los padecimientos más frecuentes de la población asegurada y por grandes zonas médicas.

Este mecanismo, en su trasfondo sentaría las bases para la posterior individualización de las cuotas del seguro de enfermedades y maternidad (atención a la salud), tal y como lo hizo con las pensiones que finalmente fueron privatizadas, y que facilitaría el camino para la libertad de elección entre los trabajadores asegurados a fin de optar entre los servicios públicos y privados. Lo que implica que en un esquema de este tipo no se otorgan los servicios en función de la necesidad, sino de la capacidad contributiva individual y de pagos adicionales (sobre primas y co pagos).

En esencia este nuevo sistema de reorganización del IMSS, traería como consecuencia, por lo menos las implicaciones siguientes²⁴⁹:

- Debilitamiento de la capacidad financiera del IMSS, como consecuencia de la saturación de la contribución de los trabajadores de mayores salarios que decidan acogerse a la privada (alrededor del 30% de los cotizantes que perciben entre 5 y 25 salarios mínimos y que contribuyen con poco más del 50% del presupuesto.
- Disminución de la capacidad resolutive de las unidades medicas del Instituto. En otras palabras el IMSS tendrá que dar atención con menos recursos a una población proporcionalmente más grande, de mayor edad y con mayores problemas de salud (alrededor del 70% de los cotizantes perciben entre 1 y 5 salarios mínimos) y la cual se destinaría a un "paquete básico de salud" provisto por las zonas medicas del Instituto.
- Inequidad y elitismo en la atención, y por tanto estratificación de servicios entre toda la población afiliada.
- Incremento de la morbilidad y la mortalidad entre la población menos protegida.
- Ruptura de la filosofía y del modelo de la atención a la salud solidario, integral y redistributivo de la seguridad social.
- Desmantelamiento del IMSS y pérdida de la fuente de empleo de miles de trabajadores del Instituto.
- Vulneración del Derecho a la Salud.

En apariencia el denominado proyecto de "Reforma del INSS", aduce a otro tipo de propósitos, como el del fortalecimiento de la capacidad resolutive de todas las unidades medicas del Instituto, pero que sin

²⁴⁸ PODER Ejecutivo Federal. Programa de reforma del Sector Salud. 1995- 2000, México.

²⁴⁹ ROJAS Arreola Gonzalo, Ulloa Padilla Abdulia. (2001). Seguridad Social en México: Presente y Futuro. Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

embargo guardan estrecha relación con el objetivo de promover la participación de la empresa privada en la consecución de los altos fines de la seguridad social en materia de salud: textualmente el documento del IMSS – BANCO MUNDIAL, en su anexo 13 señala que²⁵⁰:

"... la actual estructura corporativa del IMSS en la cual están fusionados el financiamiento y la provisión del servicios médico, tiene un grado de centralización muy elevado, permitiendo un nivel de decisión muy pobre a las unidades médicas y un casi nulo manejo del presupuesto, lo que en ocasiones se traduce en un nivel bajo de respuesta a las necesidades locales por parte de la estructuración central normativa, no existiendo el factor de competencia ni interno ni externo, lo que induce a una baja productividad, tanto de los médicos como de la gestión hospitalaria, aunado al burocratismo determinado en gran medida por la fuerza que tiene el sindicato del Instituto..."

Así entre verdades inobjetables y propósitos ocultos (como la implantación de una deliberada política de contención salarial para los prestadores de servicio del Instituto, el desabasto de insumos y medicamentos, y la toma de decisiones altamente centralizada por los directivos del Instituto), la reforma del IMSS pretende en el corto plazo, abrir las puertas a la competencia externa en el marco de una inminente apertura del mercado nacional de salud y de las exigencias de las transnacionales privadas de salud.

El protocolo del proyecto – que fue negado y ocultado a la opinión pública – señala para la ejecución del mismo, los riesgos siguientes:

"... Es inevitable que habrá resistencia hacia la reforma por parte del propio Instituto, pero también fuera de él por lo que será necesario asegurarse que tanto el personal como los derechohabientes, entiendan el objetivo de la reforma, y para reducir la oposición al cambio, la competencia en el mercado deberá de introducirse gradualmente, para atenuar los "riesgos políticos", deberán desplegarse fuertes campañas de información sobre las ventajas de esta reforma a la población en general..."

Tal y como se puede observar, las reformas al IMSS, no han tenido fundamento en la discusión democrática, ni la participación u opinión de la sociedad en su conjunto, lo evidente es que a través del crédito otorgado al institutito (donde el propio Instituto fue garante del mismo), se pretende una reforma interna estructural, para convertirlo en un fiscalizador y "gestor" de la demanda, así como privatizar parcialmente los servicios de salud en sus tres niveles de atención.

El Instituto Mexicano del Seguro Social a pesar de los rezagos intencionados a los que se le ha sometido, es una de las Instituciones máspreciadas del pueblo de México y ha sido resultado de grandes esfuerzos e intensas luchas sociales.

Y aunque el gobierno se ha obstinado en negar lo obvio, seguimos encontrando evidencias entorno a su proceso de reforma²⁵¹:

- ✓ Se están elaborando bases de datos para administrar y monitorear la elección por parte de los asegurados, del proveedor de servicios médicos.
- ✓ Se instrumenta el manejo y la capacitación para la administración de los servicios de salud con base en esquema de pago a proveedores alternativos y contabilidad de costos referidos a un sistema de clasificación de pacientes.

²⁵⁰ PROYECTO de reforma para el IMSS, versión para la evaluación del Banco Mundial, enero de 1998

²⁵¹ IMSS. Áreas Médicas de gestión descentralizada 1999.

- ✓ Se divide el país en zonas que se organizan para que sean atendidas a mediano plazo por las empresas privadas de salud.

El Diagnostico IMMS – BANCO MUNDIAL, anota los problemas de los servicios de salud proporcionados por la Institución a saber: larga esperas para recibir la consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnostico, de intervenciones quirúrgicas y de consulta a especialidades; saturación de las áreas de urgencia; falta de medicamentos (sistema de abastecimiento ineficiente); escasez y obsolescencia de equipos de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades; falta de motivación del personal; insatisfacción del usuario.

En este punto es pertinente señalar que las deficiencias en la atención médica, requerían de ser atendidas de tiempo atrás; aunado a ello el crecimiento de la población derechohabiente, debió llamar la atención sobre la necesidad de un crecimiento proporcional en personal, instalaciones, equipo e insumos, sin embargo ello no ocurrió y el resultado es una atención cada vez más deficiente para los usuarios del Instituto. Podemos afirmar que todo lo anterior, forma parte de una política deliberada (muerte lenta), evidenciada por:

- Mantener el mismo número de instalaciones: clínicas, hospitales, camas de hospitalización y quirófanos. (de 1995 a la fecha solo se han construido 10 clínicas de medicina familiar a nivel nacional a pesar de que la población derechohabiente ha aumentado en 15% el número de consultas).²⁵²
- Mantener el des abasto de medicamentos y material de consumo. (en 1996 la falta de medicamentos era del 11.2%, en 1997 de 18.1% y para 1998 de 20.6% en promedio)²⁵³
- Disminución en el gasto de salud. (de 2.4% del PIB en 1995 a 1.3% en 1998).
- No incrementar el número de plazas del personal de salud de acuerdo a las necesidades reales.
- Mantener el deterioro del poder adquisitivo de los salarios del personal

Sin lugar a dudas el Instituto requiere urgentemente subsanar los rezagos existentes, sin embargo no es a través de un proceso encaminado hacia la privatización que esto ocurrirá.

Tal y como lo señalamos anteriormente, la evidencia demuestra que los resultados de estos procesos de privatización y descentralización, no han sido favorables en los países que se han implementado y por el contrario han intensificado los problemas que se pretendían eliminar, y dadas las características de la economía mexicana, las perspectivas de llegarse a concretar y completar la reforma, serían igualmente negativas.

²⁵² IMSS. Memoria Estadística 1999.

²⁵³ Idem.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO V

1. **ASPE-Armella P.** (1993). "El camino mexicano de la transformación económica". México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
2. **BACH, S** (2000). "Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones sobre la gestión de recursos humanos" en Observatorio de los Recursos Humanos en salud, OPS/OMS, Quito.
3. **BOSSERT, T.** (1996) Decentralization. En Janovsky K ed. Health policy and systems development. An agenda for research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
4. **BRANNON, R.** (1996). "Restructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work Force" en International Journal of Health services, Volumen 26 N° 4.
5. **BRITO, P;** Lip, Cesar y Lazo, O. (1990). "El trabajo médico en el Perú", Lima, OPS/OMS, facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
6. **BRITO, Quintana** (2000). "Impacto de las reformas del Sector de la Salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral". En Revista Panamericana de Salud Pública, N° 8.
7. **DONAHUE, J.D.,**(2000). "La Decisión de Privatizar. Fines Públicos, Medios Privados", Paidós, Buenos Aires.
8. **ESCOBAR, Toledo Saúl y Ulloa Padilla Obdulia.** (1996). "El nuevo sistema de pensiones y su impacto en la economía: Prefiguración de algunas tendencias. UAM - Xochimilco y Fundación Fedrich Ebert.
9. **GOLDIN, Adrián O.** (1996). "El concepto de dependencia laboral y las transformaciones productivas", en Relaciones Laborales, año 12, No. 3, Madrid, febrero.
10. **GONZALEZ-BLOCK MA.** Levva R, Zapata O et if, (1989). "Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy". Health Policy and Planning.
11. **HILARY, Standing** (2000). El género y la reforma del sector salud.
12. **HOLLEY, J.** 1995. Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud. Territorio de Capinota, Bolivia. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington. D.C.: University Research Corporation, Agosto.
13. **IMSS.** (1999). Áreas Médicas de gestión descentralizada.
14. **LA FORGIA GM, Gonzalez-Block MA.** (1995) Descentralización en salud: lecciones de la experiencia. Discussion paper no. 2. Inter-American Development Bank. Washington, D.C.: Banco Inter-Americano para el Desarrollo.
15. **LARA, Alejandro, Gómez - Dantes Octavio, Urdapilleta Oswaldo.**(1997). "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995". *Salud pública de México / vol.39, no.2, marzo-abril de 1997.*
16. **LAURELL, A. C.** (2002). "La política social en el proyecto neoliberal", Cuadernos Médicos Sociales, núm.60.
17. **LOAN, Agreement** (1998) Health System Reform Sector Adjustmen Loan) Between International Bank for Reconstruction and Development and Banco Nacional de Obras y Servicios S.N.C. México 14 de septiembre.
18. **LOEWENBERG, J.J** (1996) "Industrial relations effects of English care reforms on doctors" en International Journal of Health services, Volumen 26, Number 4.

19. **LÓPEZ-Cervantes M.** (1985) "Utilización de los datos de mortalidad para la planeación de los servicios de salud: el caso de México. Salud Publica Mex.
20. **LOZANO R,** Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. (1993). "Desigualdad, pobreza y salud en México". México, D.F.: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, El Nacional.
21. **MACIAS,** Santos Eduardo (1998) Proyecto de reglamento de subrogación de servicios. CCE.
22. **MARTA,** Novick- Pedro Galin (1996). "Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud", para la OPS/OMS.
23. **OIT,** (1998) "El desarrollo de los recursos humanos de la función pública en el contexto del ajuste estructural y del proceso de transición", Ginebra.
24. **OIT,** (1998). "Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector salud", Ginebra.
25. **OMS,** (1996). "Public sector reform: Downsizing, restructuring, improving performance. por Mick Moore (Ginebra, documento WHO/ARA/96.2, septiembre.
26. **OPM/OMS.** (2002). La Salud en las Américas.
27. **PODER** Ejecutivo Federal (1999) Quinto Informe de Gobierno.
28. **PODER,** Ejecutivo Federal. Programa de reforma del Sector Salud. 1995- 2000, México.
29. **PROYECTO** de reforma para el IMSS, versión para la evaluación del Banco Mundial, enero de 1998.
30. **RICHARDSON,** T. (1996) Reengineering the Hospital: Patient-focused care in Working Smart: a Union Guide to Participation Programs and Reengineering, edited by . M. Parker and J. Slaughter, Labor Education and Research Project, Detroit, 1994, citado por Brannon, R Restructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work force, en International Journal of Health Services, Vol 26 N° 4.
31. **RIGOLI,** F. (1999). "La economía política de los Recursos Humanos", Montevideo.
32. **ROJAS** Arreola Gonzalo, Ulloa Padilla Obdulia. (2001). Seguridad Social en México: Presente y Futuro. Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
33. **SCARPACI JL.** (1991). Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care as urban social movement. En Weil C, Scarpaci JL. Health and health care in Latin America the lost decade: insights for the 1990s St. Paul: Univesity, Latin American Series.
34. **SECRETARÍA** de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. (1994) Bases de información para la salud. Cifras municipales. México, D.F.: SSA, DGEIE.
35. **SECRETARÍA** de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Mortalidad (1992). México, D.F.: SSA, DGEIE.
36. **SECRETARÍA** de Salud. (1994). Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F. SSA.
37. **UGALDE A,** Selva Sutter E., Castillo C, Paz C, Cañas S, Oakes M, Solas O. (1996). Reconstruction of the health sector in El Salvador after de 1981-1992 war. A report for the European Union. Contrato núm. TS3-CT94-0305 (DG 12 HSMU). San Salvador.

38. **UGALDE A.** (1999). "Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud. En Menéndez EL ed. Participación social: metodología, problemas y expectativas". El caso de Nicaragua 1978-1989. México, D.F.: Instituto Mora.

39. **UGALDE, Antonio/Homedes Nuria.** (1998) "Ventajas y desventajas de la descentralización del sector salud en América Latina".

40. **UNIVERSIDAD** de Chile. (1996). "Mercado de trabajo en el sector salud en Chile" Informe final".

41. **ZEPEDA, E.** "El gasto social en México: De la estabilización al Neoliberalismo social", en Frontera Norte, COLEF, México.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo, hemos pretendido cumplir con los objetivos planteados al principio del mismo, sin embargo aquí será preciso acotar y especificar de que manera se ha hecho:

Objetivo principal: Determinar la viabilidad de las reformas planteadas al sistema de salud mexicano, así como sus principales repercusiones en la población usuaria.

El proceso de reforma de la salud en nuestro país ha transitado por tres periodos desde 1982 hasta nuestros días, la bibliografía analizada en los capítulos 3 y 5, nos deja ver que dicho proceso ha tenido que enfrentar serios problemas de implementación, dadas las características particulares del Estado Mexicano; de hecho la primera etapa, es considerada como totalmente ineficiente y no cumplió con los objetivos de su creación, la segunda etapa sigue aún en camino de su conclusión y la tercera es continuidad de las dos anteriores y todavía no existen resultados concretos para su análisis.

Lo que si se puede establecer con claridad es que al tratar las generalidades de la población en materia de atención de salud, estas no han tenido mejoras sustanciales: siguen existiendo grandes brechas en materia de cobertura, eficiencia y calidad; y Las desigualdades e inequidades no han disminuido.

Objetivos particulares:

1. En el primer capítulo de nuestro trabajo, dimos cuenta de como la salud se empieza a contemplar desde una perspectiva económica, gracias al aumento en gasto de salud en todo el orbe y al surgimiento de una ciencia específica para su análisis, esta situación no es casual si consideramos, que la fuente principal de riqueza para un individuo, sigue siendo su materia prima, y dicha materia prima esta en función de las condiciones de salud. Si el desarrollo de un país, esta en función de la productividad y la productividad depende de los individuos, la vinculación entre economía y salud es más que obligada. La pregunta aquí es ¿porque hasta fechas recientes crece la relevancia del tema?...
2. La economía de la salud contempla tres grandes rubros: Economía Medica (referente a costos de los servicios curativos), Medicina Económica (identificación de acciones en torno a eficiencia, eficacia y efectividad), Salud integral (vinculación de conceptos epidemiológicos con la economía y la asignación de recursos), dentro de la Economía de la salud, se destaca la importancia que dentro de estas tienen los sistemas de salud, y particularmente las políticas que en torno a dichos sistemas se implementan.

Para el caso mexicano, se establece que el Estado aún funciona como el principal prestador de servicios por lo que lo podemos identificarlo como un modelo de Seguro Social en sus generalidades (ver capítulo 1, apartado 1.2.4), aunque ello no excluye la existencia de seguros privados y servicios asistencialistas para la población abierta; En cuanto a la financiación de la Salud y de acuerdo a la clasificación hecha por Roberts Evans (1981), el modelo mexicano se clasifica como un modelo público integrado (mismo apartado). Es importante destacar sin embargo, que la economía de salud en México, es prácticamente de reciente introducción por lo que existen poca información en relación a estudios específicos del sector, y si bien es cierto existen una abundante bibliografía del proceso de reforma en salud -no solo de nuestro país, sino de todo el continente -, ella no surge de fuentes propias. Hacer ciencia en nuestro país - y específicamente ciencia económica en materia de salud - resulta por consiguiente una tarea pendiente de las Instituciones del sector, en conjunción con la universidades y el Estado, para con ello poder identificar con mayor claridad los alcances, enfoques, y alternativas ; que se acerquen con mayor precisión al caso y particularidades de nuestro país.



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.

3. De acuerdo a lo esgrimido en el capítulo 1 (apartado 1.3), la descentralización se entiende como una transferencia de poder de decisión desde una agencia central a agencias periféricas o "sub – unidades" y de funciones antes desempeñadas por burócratas centrales a organizaciones distintas del gobierno central.

En ese mismo capítulo (apartado 1.4), encontramos la definición de privatización. " en términos generales se designan a aquellas políticas diseñadas para establecer los principios de mercado y distribución de los servicios públicos.

Diversos autores, sostienen que la descentralización es el camino hacia la privatización, mientras que otros que privatizar en una variante de descentralizar.

De acuerdo a la experiencia obtenida en diversos países ambas argumentaciones pueden ser ciertas. (Capítulo 3).

Para México, encontramos básicamente a la Descentralización, como tendencia general de la reforma, desde el gobierno de Miguel de la Madrid, se pretendió delegar funciones y obligaciones a ciertos Estados de la República (14 Estados), con Salinas y después con Cedillo se amplió esta directriz, incluyendo en las políticas a todos los Estados de la República; y actualmente con Fox el enfoque radica en eficientar a las Instituciones de Salud pública en el ámbito administrativo. (capítulo 4)

Sin embargo, ello no excluye la intención de introducir la privatización parcial de algunas ramas (pensiones y jubilaciones) y/o servicios (de diagnóstico y gabinete) al otorgar concesiones a particulares o de incluir ciertas modalidades de pagos para la población abierta, así como de abrir posibilidades reales para la participación conjunta de hospitales particulares y compañías aseguradoras mediante un método de pre – pagos, en un sistema que actualmente participan solo Instituciones Públicas. (capítulo 5).

4. Puntualicemos:

- Históricamente, cuentan con un desarrollo desarticulado.
- Están Fuertemente centralizados (a pesar de las intenciones de eliminar dicha centralización).
- Su nivel de Cobertura es Desigual (Desde pretendidamente universal a asistencialista).
- Existe un marcado grado de fragmentación y estratificación, observándose la ausencia de integración y coordinación de los diversos subsistemas.
- Coexisten diversos sub sectores (público, privado y de seguridad social).
- Financieramente existe escasez de recursos, lo que conlleva a una calidad deficiente, incapacidad de garantizar una cobertura universal efectiva, creciente dificultad de acceso a los servicios de los sectores más marginados y deterioro de la infraestructura física y de recursos humanos.
- En cuanto a los índices de pobreza en los últimos años se han ampliado las brechas económicas y sociales entre países y dentro de los países.
- En materia de población, se presenta una tendencia al envejecimiento acelerado de los habitantes del continente y un aumento en la esperanza de vida.

- Epidemiológicamente, aunque han existido avances fundamentales en la erradicación de ciertas enfermedades, el hecho de que prevalezca una elevada tasa de mortandad en menores de 5 años, y por infecciones respiratorias y diarreas (enfermedades asociadas a la pobreza), determina el atraso considerable que aún existe. (capítulo 2)

En términos generales se puede establecer que existen serios problemas en materia de salud y que los avances logrados a lo largo del tiempo, no han sido suficientes, lo que plantea nuevos desafíos y mantiene la solución de los antiguos.

5. Volvamos a puntualizar:

- El sistema de salud mexicano, está segmentado entre grandes grupos: Seguridad Social, Población abierta y Sector Privado.
- En materia de gasto, este se ha visto disminuido considerablemente, siendo el IMSS, el que cuenta con mayor asignación. (ver cuadros 2.18 y 2.19).
- En materia de población, esta creció más de siete veces en el siglo XX, la esperanza de vida ha sido igualmente mayor y ha existido un descenso en las tasas de natalidad a partir de los años setenta. Con lo que se genera una tendencia hacia un mayor porcentaje de la población mayor a 60 años.
- Epidemiológicamente las principales causas de muerte cambiaron de las enfermedades transmisibles y los padecimientos relacionados con la reproducción a enfermedades no transmisibles y lesiones.
- Existe una amplia desigualdad entre las condiciones de salud a lo largo del territorio mexicano.
- También persisten rezagos en materia de salud, como los son la desnutrición y las infecciones comunes.
- Entre los principales riesgos a la salud que derivan de hábitos y formas de vida encontramos un aumento del consumo de tabaco y alcohol, así como un incremento de la tendencia hacia la obesidad y las alteraciones que produce.
- Asimismo los accidentes y el aumento de la inseguridad, también constituyen en el incremento de los problemas de salud.
- La falta de competitividad del SSM, es otra característica que persiste a pesar de las medidas para disminuirla.
- Aunque se habla de una cobertura de un 89% a nivel nacional, la segmentación de la oferta de los servicios entre las instituciones públicas no permite que dicha cobertura sea real.
- De igual manera entre las instituciones de población abierta y seguridad social, se presentan fuertes desequilibrios financieros lo cual limita el beneficio para los usuarios.
- La calidad y la calidez en la atención de los servicios, se presenta como una de las mayores demandas de la población usuaria de los mismos. (capítulo 2)

En resumen al igual que el caso Latinoamérica en su conjunto el SSM presenta serias deficiencias en cuanto a cobertura, calidad, y desigualdades estructurales.

6. El origen de las reformas en salud pública – como en todos los rubros de política social -, parte de la concepción y establecimiento de una nueva política económica denominada "Neoliberal", que sustenta su accionar a partir de las fallas de los gobiernos argumentando ineficiencia en la asignación de los recursos disponibles, con ello se inicia un proceso de desmantelamiento del "Estado Benefactor" y de las Instituciones en las que se sustentaba, remplazándolo con el libre accionar de los mercados, condicionado éste, por la oferta y la demanda inherentes al mismo. (Capítulo 3)

Dado que los recursos económicos son escasos y que las crisis han sido recurrentes y de que un grupo amplio de países (no desarrollados o en vías de desarrollo), funciona interdependientemente con otros (desarrollados), los unos (los segundos), condicionan a los otros (los primeros), recursos necesarios para el funcionamiento indispensable de sus economías, lo que genera compromisos ineludibles y obligados. Es así como surgen los denominados "Paquetes de Ajuste Estructural", que como manera de recetario, indican los pasos a seguir en todos los ámbitos de accionar de un país; sus principales promotores son los organismos internacionales monetarios: Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional.

Para el caso de la salud, encontramos también a la Organización Mundial de la Salud y para Latinoamérica en específico a la Organización panamericana de la Salud.

Como ya ha quedado establecido el principal argumento de las políticas de la transformación del Estado y - para el caso que nos ocupa - de las reformas sanitarias, estriba en la caducidad del Sistema de Salud vigente, así como en la replantación de las funciones que debiese desempeñar.

7. El capítulo tercero, contempla el proceso de implementación de las reformas, en siete países del continente que por sus características ejemplifican las generalidades del mismo: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua.

Del análisis de estos países se desprende que éstos muestran una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del modelo implantado, pero que pese a ello, existen elementos comunes tales como:

- La principal motivación de las reformas que tiene que ver con la naturaleza económica y política de los países y que;
- En la mayoría de los casos el proceso ha sido impuesto.

De los resultados observados en los últimos años y basándonos en los indicadores que los propios organismos internacionales han establecido (Equidad, Distribución de recursos, Efectividad, Calidad técnica, Calidad Percibida, Eficiencia en asignación, Sostenibilidad y participación Social, encontramos resultados también heterogéneos, con mejoras en algunos países; pero también rezagos en otros, que no se han podido erradicar (ver capítulo 3, apartado 3.3.3.).

8. Dos décadas han transcurrido desde el inicio de la política reformista, en nuestro país y a lo largo de ellos podemos identificar dos hechos que marcan cada una de las primeras etapas de la descentralización de los servicios de salud en México: El decreto presidencial lanzado por Miguel de la Madrid, mediante el cual se eleva a rango constitucional la protección a la salud (1983) y se promulga posteriormente la Ley General de Salud (1984) y; la firma para el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (1996).

En cada una de estas etapas, han surgido inevitables problemas de implementación, sin embargo, actualmente nos encontramos en la parte final de ambas, y aunque no existen - a partir de lo que denominamos como segundo periodo -; resultados fehacientes que demuestren la efectividad y viabilidad del proceso, la última fase ya está en marcha: la Modernización y reestructuración administrativa de las instituciones de salud.

Es de notar que aunque dicha reforma en su concepción general se ha llevado paulatinamente y prácticamente sin la oposición de ningún grupo fuerte de la sociedad, en esta fase que recién inicio seguramente, empezarán a surgir mayor número de voces en contra, puesto que en ella se prevén modificaciones sustanciales en materia laboral, que siendo parte importante de la reforma, se había soslayado intencionalmente en las dos primeras fases.

9. Dado que éste objetivo es extenso en su respuesta, ella se detalla puntualmente en el capítulo 4, apartado 4.2. y también al verificar la veracidad de las hipótesis que más adelante se replantean.
10. el capítulo 5, de nuestra investigación, plantea tanto en lo general como en lo particular, las principales repercusiones a la población usuaria, considerando en el análisis impactos y consecuencias más importantes.

Por último, Recordemos ahora los argumentos hipotéticos que dieron fundamento al presente trabajo y confirmemos o neguemos la veracidad de los mismos.

Los cambios que en materia de descentralización de la salud, han surgido no solo en nuestro país sino en toda América Latina, obedecen a condicionamientos establecidos por los principales organismos internacionales y en la mayoría de los casos, no son perfectamente compatibles con las condiciones específicas y particulares de cada país, lo que conlleva finalmente a la implementación de políticas erróneas, con las repercusiones consecuentes para la sociedad en que se efectúan.

Como puede observarse por las fechas de la bibliografía que hemos citado, ya a finales de la década de 1980 empezaba a haber evidencia de que la descentralización no estaba resolviendo los problemas de administración pública que se esperaba, algunos estudio sugerían que podría aumentar costos e inequidad sin mejorar la calidad ni aumentar la participación. La pregunta es necesario hacer es la siguiente: ¿por qué los organismos internacionales han seguido presionado a los países de la región para que se descentralicen? No hay, una respuesta obvia a esta pregunta, la mas lógica sugiere que la descentralización fue considerada -según han sugerido varios autores citados-, un mecanismo a través del cual se llega eventualmente a la privatización, y, el modelo neoliberal considera aún hoy día que el sector privado es más eficiente que el público. Como hemos indicado, la descentralización se consideraba también como un medio para reducir los gastos del gobierno central con lo cual los países liberarían recursos para pagar la deuda a los bancos multilaterales, los principales promotores de la descentralización.

El fracaso de la descentralización es desafortunado, porque en algunos contextos algunas modalidades de descentralización/desconcentración presentadas en primer capítulo podrían resolver algunos de los problemas administrativos de los servicios de salud. Aún durante la segunda fase de descentralización en México (1996 al presente) que es muy limitada -y está en estos momentos en suspenso-, un director estatal de los servicios de salud comentaba que la pequeña descentralización "Es una ventana de oportunidad para hacer ciertas cosas que antes no podían hacerse y que pueden tener un efecto positivo. Sería una pena que la ventana se cerrase porque las agencias internacionales de desarrollo presionen a los países a descentralizar de una forma improvisada conduciendo el esfuerzo a un fracaso".

Empieza a haber la suficiente experiencia de países para poder concluir que en América Latina la descentralización no es la solución - ni en un futuro próximo puede serla -, a los problemas de gestión y administración más graves que enfrentan los países de la región. Para mejorar la administración pública es necesario entender las causas de sus fallos, muchas de ellas pueden ser estructurales, y quizá no puedan subsanarse sin que primero se den cambios profundos en los sistemas políticos y jurídicos de los países, -cambios que no pueden imponerse desde fuera-. Aquellos países que consideren oportuno alguna modalidad de descentralización deben invertir tiempo y recursos para analizar si hay una base teórica sólida que permite, afirmar que los objetivos buscados se pueden conseguir a través de la política

aprobada, y si estudios de caso lo confirman. También hace falta estimar el costo de la implementación y sus fuentes de financiamiento.

Como apuntamos en el último capítulo, se sabe muy poco sobre los procesos de implementación de políticas sanitarias en América Latina y de las transformaciones que las políticas sufren en el proceso de propia implementación. Estudios de implementación pueden identificar las causas por las que una política adecuada se va transformando a lo largo del proceso, los actores/decisores que intervienen, y las posibles soluciones. Estos estudios son complejos, costosos, y llevan tiempo porque generalmente exigen una metodología de observación.

Empezar a descentralizar antes de entender estos procesos puede, como hemos visto, tener consecuencias negativas que disminuyan aun más la poca eficiencia, empeoren los servicios, creen mayor inequidad, y al mismo tiempo pueden ser muy costosos no solamente por los gastos en los que se incurrirán sino por connotación negativa que imprimen en los procesos de cambio. Por lo concluimos en la presente investigación que la descentralización es un proceso de cambio muy complejo y que los organismos internacionales han errado al intentar imponerla en todos los países como una condición de modernización.

Antes de desmontar la capacidad planificadora de un gobierno es de sentido común asegurarse que lo que la substituye va a ser más eficaz.

Dadas las características particulares del sistema de salud mexicano y aunado a las exigencias de corte internacional, se establece como necesaria una modificación integral de su estructura y funcionamiento lo que llevará en el largo tiempo a un proceso de descentralización, desincorporación y subrogación del propio sistema, que no representará otra cosa que la desmantelación del sistema de salud, basado en el concepto de seguridad social

Hemos constatado por medio del tercer capítulo de nuestra investigación, que el Sistema de Salud Mexicano, presenta serias deficiencias de carácter estructural: la falta de planificación y planeación en el largo plazo, la inequidad en la proporción de los servicios, la fragmentación de los mismos, la escasa vinculación entre los tres grandes grupos de atención, la acentuada desarticulación interna, errores en el manejo de los recursos así como asignación limitada de los mismos, problemas de eficiencia y calidad en la atención, sobrecargas de trabajo del personal médico y falta de preparación y profesionalización del personal administrativo; por mencionar algunos.

Y si bien es cierto se cuentan con logros significativos y se ha avanzado en la erradicación de un número considerable de enfermedades, el surgimiento de nuevas tendencias epidemiológicas, y el crecimiento de la población – y consecuentemente de demandantes de los servicios de salud-, obliga a que de manera interna se tomen medidas eficaces que paulatinamente abatan algunos de los rezagos mencionados, acordes con el funcionamiento y particularidades del propio país; ellas independientemente de las sugerencias y recomendaciones en el ámbito internacional.

Debe de recordarse que mucha de la problemática actual que enfrenta el Sistema de Salud, surge precisamente de la acatación –desde la década de los ochenta-, de ciertas medidas “recomendadas” por los principales organismos financieros internacionales, -la “muerte lenta” como estrategia informal que justifica la acción posterior en los procesos de descentralización y privatización, es ejemplo de ello-, y que en virtud del análisis inicial de dichas medidas, podemos afirmar que ellas no solucionaron los problemas existentes (baste recordar la primera etapa de descentralización con Miguel de la Madrid, vista en el capítulo cuatro del presente trabajo), por lo que se requiere replantear constantemente las acciones encaminadas a eficientar de manera real y general, los Servicios de Salud.

En este contexto es fundamental la organización y participación de los diversos sectores de la sociedad; desde el ámbito legislativo, y como consecuencia de la pluralidad que hoy día existe en el Congreso, se presenta la oportunidad de establecer normas más claras que fomenten la integración y cooperación intersectorial e intermunicipal y la coordinación entre estos y la Federación.

Encontrar los mecanismos que nos permitan ir aumentando gradualmente el presupuesto asignado al Sector salud, sin detrimento del gasto en otros programas de carácter social, también se vuelve condicionante necesaria de la reestructuración del sistema y tarea del poder legislativo, lo que obliga forzosamente a plantearse la opción de reforma fiscal integral, misma que se ha postergado desde tiempo atrás.

Las instituciones de salud, como también lo hemos señalado deben en medida de sus opciones reales, reestructurarse internamente a efecto de mejorar su funcionamiento, pero ello debe ser desde la consigna principal de no excluir de la atención a ningún miembro de la sociedad y si por el contrario acercarse cada vez más a las comunidades más apartadas del país.

Un Sistema de Salud mejor coordinado, podría atender a sectores específicos de población, sin menoscabo de las personas con escasos recursos, manteniendo con ello el principio de solidaridad e equidad que debiesen regir en el propio sistema.

De igual manera es primordial ampliar la cobertura para la población usuaria, independientemente de su condición laboral o económica, encaminándose con ello a una atención universal de la misma.

Sabemos que dentro del contexto de modernización del sistema y de acuerdo a los planteamientos que exige la propia globalización, será inevitable la introducción paulatina de empresas privadas en el quehacer que anteriormente correspondía al estado, de hecho las modificaciones a la Ley General de Salud, y a la Ley del Seguro Social, van encaminadas a dicho objetivo, y como ha quedado sustentado en el último capítulo del presente trabajo, sus implicaciones y consecuencias no se perfilan del todo favorables.

Pese a este conocimiento previo la reforma continúa avanzando; en el capítulo cuatro, tuvimos la oportunidad de realizar una evaluación de los resultados parciales antes del gobierno Foxista, y aunque han existido muchas modificaciones de forma el fondo sigue inalterado, para la presente administración existe una continuidad del proceso de reforma, que se ha intensificado a raíz de la implementación y puesta en marcha del denominado "Seguro Popular", y será solamente en el mediano plazo que se puedan evaluar los resultados.

Sin embargo, la evidencia y la experiencia de otros países del continente en torno a los procesos de reforma –ya sea vía descentralización, privatización o ambos-, y que tienen y enfrentan problemáticas similares al nuestro, nos puede dar un margen de referencia (véase el análisis para América Latina del capítulo 3).

Ante tales circunstancias y adelantándonos al irremediable proceso en el que estamos ya inmersos, como parte de la sociedad, será pertinente hacer caso de las campañas publicitarias en torno a la prevención personal en materia de salud, ya que en futuro –no muy lejano y de continuar la tendencia actual– será un verdadero "lujo" estar enfermos...

No es viable, bajo ningún argumento un proceso de privatización total del Sistema de Salud en nuestro país, particularmente no existen las condiciones para que el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL sea privatizado, por lo que su existencia seguirá siendo determinante, en el accionar del Estado mexicano.

La Función del Instituto Mexicano del Seguro Social, seguirá siendo de vital importancia dentro de la estructura social de nuestro país, esto es inobjetable, sin embargo dadas las tendencias y el proyecto de reforma que se tiene programado –y que ya esta puesto en marcha en sus primeras fases– es muy cuestionable su papel en el futuro.

Pese a las marcadas deficiencias por las que atraviesa esta Institución, debemos reconocer que ella a sido uno de los pilares mas importantes del pacto social entre el gobierno y los trabajadores y que su funcionamiento y existencia son condicionantes fundamentales de la estabilidad social de este país.

No es exagerada la argumentación anterior, ya que más del 50% de la población de nuestro país es atendida por esta Institución, da trabajo a 360 mil empleados a nivel nacional, convirtiéndose con ello en el empleador más grande de América Latina, y es el centro donde se desarrolla parte importante de la investigación médica no solo de la república sino también del continente, se encuentra estrechamente vinculada a las universidades nacionales y capacita y prepara anualmente a miles de jóvenes en especialidades médicas; su seguros de maternidad y riesgos de trabajo, dan garantía y certidumbre a las madres y a los trabajadores que los requieren, sus guarderías representan un fuerte apoyo a las madres trabajadoras que - como quedo sustentado en el capítulo cuatro-, cada vez son más y -aunque es constantemente criticada la atención médica-, sigue teniendo la mayor demanda de atención en áreas de urgencias, segundo y tercer niveles.

Debe sin embargo reconocerse, que existen serios problemas de liquidez financiera y en materia administrativa, y que dichos problemas han ocasionado que sea revisada su estructura y replanteadas sus funciones, que existe también un exacerbado burocratismo y que la condición de sindicalización que existe en él, son causa de serias externalidades, que afectan su óptimo y mejor desempeño.

Es por ello que no se puede negar que esta Institución requiere de serias modificaciones a nivel estructural, pero ello no implica que la solución a sus problemas tenga que ver directamente con el concepto de privatización del mismo, es más, no puede existir la seguridad social "privatizada", este concepto parte del compromiso social entre los gobiernos y el pueblo, eliminar dicho compromiso, significaría un serio retroceso en los logros alcanzados por la clase trabajadora.

Es importante que pese a los compromisos establecidos previamente ante las instituciones financieras de corte internacional, los pasos a dar en materia de reforma del IMSS, sean consensados con la población implicada en dicho proceso, vimos recientemente que ante la intención de querer implementar para el próximo ejercicio fiscal de la federación, modificaciones al Régimen de pensiones y Jubilaciones de los trabajadores del Instituto, se tenía conjurada un paro nacional que de haberse llevado a cabo repercutiría seriamente en los indicadores económicos del país.

No es fácil el reto de transformar al Instituto dentro de un marco de justicia social y equidad, pero que dado que el proceso es inevitable, es obligado que todo cambio represente el menor daño posible, ya que de lo contrario el costo social, sería muy elevado...

El INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL tiende a redefinir su papel dentro de la estructura social, y el concepto propio de Seguridad Social, con el que nace, se verá disminuido en el largo plazo, al centrar la atención de sus servicios al área exclusiva de la salud.

Esto aunque lamentable es cierto, la seguridad social implica un concepto integral de atención, que abarca aspectos de salud, vivienda, educación, entre los más importantes; y durante 60 años el IMSS proporciono para sus derechohabientes servicios de salud, aunados al fomento a la vivienda, a la recreación, educación y cultura, así como apoyos básicos a las familias a través de su red de guarderías.

Sin embargo, con las modificaciones a la ley, existe hoy día el concepto de subrogación de servicios, por lo que ahora es la iniciativa privada la que tiene a su cargo Centros vacacionales, teatros, deportivos, que en el futuro tenderán ha establecer cuotas acordadas a los precios existentes en el mercado, por lo que no toda la población podrá acceder a los mismos.

En lo que se refiere a materia de salud, las perspectivas están ampliamente documentadas en el último capítulo de la presente investigación.

Al ubicar a México en el contexto internacional, se deberán acatar los lineamientos que para su reforma se señalan, sin embargo, ello no significará un mayor beneficio para la población usuaria y sí por el contrario puede limitar la atención equitativa y justa en los propios servicios de salud.

A lo largo de la presente investigación, se hace cada vez más evidente, que aunque sujetos a los condicionamientos externos, las repercusiones de todo lo que se plantea en materia de reforma sanitaria serán negativas sobretudo y principalmente – aunque no excepcionalmente – para la población más necesitada, lo que nos obliga a cuestionarnos sobre nuestro papel en todo este –inevitable – proceso.

Para concluir, reconsiderando los objetivos e hipótesis planteadas, podemos establecer que si bien es cierto la tendencia internacional sugiere la mínima intervención del Estado, no debe olvidarse la función y razón misma de la existencia del mismo: El desarrollo social y económico de la sociedad que lo conforma; Ante ello el papel de las Instituciones es fundamental y exige la búsqueda de nuevos mecanismos que permitan su supervivencia, reconociendo también las deficiencias y planteando alternativas objetivas y conforme a la realidad de dichas instituciones y del país.

La seguridad social, como principal mecanismo para alcanzar un nivel óptimo de desarrollo económico, no puede dejarse en manos de particulares, puesto que los intereses se convierten en individuales, y consecuentemente se soslaya lo social.

Los sistemas de salud, como parte importante de los sistemas de la seguridad social, deben continuar siendo garantizados a toda la población en su conjunto, sin que medie en ello condición económica o social. Solo así lograremos mayores niveles de justicia y equidad y comprenderemos el verdadero significado del lema del Instituto Mexicano del Seguro Social: "Seguridad y Solidaridad Social".

GLOSARIO DE SIGLAS EMPLEADAS

- AVISA. Años de Vida Saludable.
AVPP. Años de Vida Potencialmente Perdidos.
BID. Banco Interamericano de Desarrollo.
BM. Banco Mundial
CCE. Consejo Coordinador Empresarial.
CEPAL. Comisión Económica Para América Latina.
CLAD. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
CONADIC. Consejo nacional para las adicciones.
CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO. Consejo Nacional de Población.
COPLADE. Comité de Planeación de Desarrollo.
ENIGH. Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares.
EVISA. Esperanza de Vida Saludable.
FASSA. Fondo de Aportaciones Para los Servicios de Salud.
FUNSALUD. Fundación Nacional para la Salud
IDH. Índice de Desarrollo Humano.
IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
ISAPRE. Instituciones de Salud Provisional.
ISSFAM. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Áreas Mexicanas
ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
OCDE. Organización Para la Cooperación y Desarrollos Económicos.
OIT. Organización Internacional del Trabajo.
OMS. Organización Mundial de la salud.
ONGs. Organizaciones No Gubernamentales.
ONU. Organización de las Naciones Unidas
OPS. Organización Panamericana de la Salud
PABSS, Paquete Básico de los Servicios de Salud.
PAC. Programa de Ampliación de Cobertura.
PAES. Programas de Ajuste Estructural.
PEF. Presupuestote Egresos de la Federación.
PEMEX. Petróleos Mexicanos.
PIB. Producto Interno Bruto.
PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PROGRESA. Programa de Educación, Salud y Alimentación.
RSS. Reforma del Sector Salud
SECODAM. Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo
SEDENA. Secretaría de la Defensa Nacional.
SESA. Secretarías Estatales de salud.
SHCP. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SNTSS. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
SS. Sector Salud.
SSA. Secretaría de Salud.
UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura.
UNICEF. Fondo De las Naciones Unidas para la Infancia.