

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**LA EQUIDAD, LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS
SERVICIOS SANITARIOS (1990-1997)**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS POLÍTICAS CON ESPECIALIDAD EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

PRESENTA: ANDRADE MARIA LETICIA

ASESOR: LIC. RINA AGUILERA HINTELHOLHER

CIUDAD UNIVERSITARIA JULIO DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Karen Franlet y Francisco
Javier por existir.

A mis Padres, Nicanor y
Guadalupe, por su amor y
ejemplo.

A Gloria Andrade por su apoyo
incondicional.

A Juan Manuel Esparza y Martha
Hernández por la ayuda tan
importante para la elaboración de
este trabajo.

Al Dr. Roberto Rea por
creer en mi.

CONTENIDO

PROEMIO	i
I. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD EN EL ESTADO MODERNO	1
a) <i>La salud y el Estado de Bienestar</i>	1
b) <i>Modelos de Sistemas de Salud</i>	3
c) <i>Sistemas de Seguros Sociales</i>	4
d) <i>Sistema Nacional de Salud</i>	4
e) <i>Asistencia Gestionada (Manager Care)</i>	5
f) <i>Crisis de los Sistemas Sanitarios</i>	6
g) <i>Estructura del Sistema Nacional de Salud en México</i>	7
h) <i>Cobertura del Sistema Nacional de Salud</i>	11
II. EQUIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	15
a) <i>El concepto de equidad y los Servicios de Salud</i>	15
b) <i>Panorama general de la inequidad en México</i>	17
c) <i>Un enfoque de desigualdad y equidad</i>	25
d) <i>Equidad y transición epidemiológica en México</i>	26
III. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	29
a) <i>Modelo de atención a la Salud para Población Abierta</i>	31
b) <i>Nivel Federal (Coordinación Vertical)</i>	33
c) <i>Nivel Estatal (Regional)</i>	33
d) <i>Nivel Jurisdiccional o Aplicativo (Coordinación Horizontal)</i>	34
e) <i>Nivel de ejecución</i>	35
f) <i>Avances del proceso de Descentralización</i>	37
IV. FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD	39
a) <i>Estructura del Gasto del gobierno Federal</i>	40
b) <i>Política de Gasto y Servicios de Salud</i>	42
c) <i>Reformas de la Seguridad Social</i>	44
d) <i>Balance de la Política de Gasto</i>	50
ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO QUE GUARDA LA EQUIDAD, LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	52
PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD	53
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	56

ANEXOS	59
Cuadro No. I	59
Cuadro No. II	60
Cuadro No. III	61
Cuadro No. IV	62
Cuadro No. V	63
Cuadro No. VI	64
Cuadro No. VII	65
Cuadro No. VIII	66
Cuadro No. IX	67
Cuadro No. X	68
Cuadro No. XI	69
Cuadro No. XII	70
BIBLIOGRAFÍA	71

PROEMIO

Las transformaciones que México ha experimentado en las dos últimas décadas, han tenido especial incidencia en el ámbito económico y político. La apertura de la economía, su integración con los países de América del Norte, un radical proceso de adelgazamiento estatal y la transición democrática, que hoy sortea difíciles obstáculos para su consolidación, resumen el tránsito de la sociedad mexicana hacia el nuevo milenio, enfrentando cambios trascendentales, en el marco de graves acontecimientos políticos y crisis económicas recurrentes (1976,1982, 1987 y 1994).

Los cambios en el sistema político, básicamente la alternancia de las diferentes fuerzas políticas en los gobiernos locales (estatales y municipales) y la integración de un Congreso Federal plural, con pérdida de la mayoría absoluta y del control del proceso legislativo, por parte del partido gubernamental, han planteado la necesidad de avanzar hacia la formulación de lo que se ha denominado como “políticas de Estado”. Así, se habla hoy de la necesidad de una política económica de Estado, o bien de una política social, una política educativa o una política de salud a las que se agrega el mismo adjetivo. Lo que esto debe suponer, en términos generales, es que en un nuevo marco de pluralidad y alternancia, las políticas públicas deberán formularse enfocando la desigualdad de manera prioritaria, pasando por el necesario control del Congreso, incorporando la participación de sus beneficiarios y que a su vez, estas políticas signifiquen un grado importante de descentralización tanto de funciones como de recursos hacia los gobiernos locales.

En la agenda de las políticas públicas que habrán de impulsarse para consolidar una política de Estado, dirigida a mejorar los niveles de bienestar de los ciudadanos, se inscribe la reforma del Sistema Nacional de Salud, en la cual

juegan un papel determinante aspectos como la equidad, la descentralización y el financiamiento de los servicios sanitarios.

En efecto, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, define como propósito esencial de la reforma el imperativo de mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones y la ampliación de la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

Dentro del mismo Plan se reconoce que actualmente diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y existen grupos sociales que aún carecen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Así mismo persisten las desigualdades regionales, que agudizan problemas como las altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, y otros padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción.

Como se puede apreciar la magnitud del problema requiere un modelo analítico que permita comprender y orientar adecuadamente las principales variables del proceso. El modelo que se propone para esquematizar la reforma del Sistema Nacional de Salud tiene como base la representación de los servicios de salud, visualizados como un subsistema cuyo fin último es alcanzar un cierto número de objetivos para el mejoramiento del bienestar de la población.

Esos objetivos pueden resumirse en cuatro grandes directrices:

- **Equidad** en la accesibilidad a los servicios de salud, para avanzar en el combate a la desigualdad.
- **Eficacia** en la aplicación de los recursos financieros asignados a la oferta de servicios.
- **Autonomía** tanto de los diferentes ámbitos de gobierno para fijar políticas de salud, así como de los profesionales en la elección de las alternativas de

diagnóstico y de las terapias más pertinentes, como de los pacientes en la selección del médico que desean consultar.

- **Calidad** de los servicios ofrecidos, donde se ligan la pertinencia de las intervenciones realizadas y la satisfacción de los usuarios.

Estas cuatro directrices conforman los cuatro polos fundamentales de los sistemas de salud, de manera que toda reforma puede ser considerada como un intento por modificar la posición de uno o varios de esos polos, es decir, toda reforma puede definirse como un binomio que está formado por el problema considerado y la solución propuesta para resolverlo.

Tomando como base este modelo, me propongo explorar, algunos los principales **problemas** que hoy enfrenta el Sistema Nacional de Salud en relación a los tres elementos que conducen su reforma: Equidad, descentralización y financiamiento. La idea es sugerir diferentes instrumentos de política (**soluciones**) para contribuir a mejorar la eficacia y calidad de los servicios, así como que estos beneficien a un mayor número de ciudadanos.

A partir de estos propósitos se divide el trabajo en cuatro partes. En primer lugar se analizarán los principales modelos de sistemas sanitarios que existen en el mundo y sus problemas actuales además de una descripción general del sistema de salud en México, destacando algunos datos de cobertura y distribución de los servicios. En el segundo apartado se analiza el concepto de equidad y su aplicación al estudio de las desigualdades regionales en materia de acceso a los servicios de salud. En el tercer capítulo me refiero a los antecedentes y modelo de descentralización de los servicios de salud a población abierta, y por último, en el capítulo cuarto se presenta un análisis detallado de la estructura del gasto federal en el área de salud.

I. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD EN EL ESTADO MODERNO

a) La Salud y el Estado del Bienestar

Los problemas de salud de los individuos y familias, así como de alimentación y vivienda, fueron durante mucho tiempo, y hasta las primeras épocas de la revolución industrial, asunto de competencia privada. A principios de este siglo, el modelo político que se concretó en el Estado liberal empezó a registrar fuertes modificaciones en su concepción tradicional. Conforme surgen y se reconocen los derechos sociales, se presume que la formalización jurídica de tales derechos, la protección de su ejercicio y la garantía de que serán respetados no puede venir más que de su impulso desde las Instituciones Políticas. Con lo anterior se forma lo que habrá de llamarse Estado Social o Estado Social de Derecho en el que la ley garantiza las libertades de la ciudadanía y el Estado mismo se somete al orden jurídico.¹

Posterior a la crisis económica de 1929, se hizo evidente que la igualdad ciudadana y la justicia social no eran producto espontáneo del libre juego de las fuerzas del mercado y que por tanto, el Estado no podía continuar siendo espectador pasivo de los acontecimientos, sino que debía asumir un papel regulador tanto en la economía como en otros aspectos de la vida social.

Al actuar como poder que organiza la economía y la sociedad, el Estado desarrolla formas de actuación encaminadas a asegurar el bienestar colectivo; asume la responsabilidad en la creación y mantenimiento del empleo, y en el otorgamiento de muchos otros bienes y servicios de carácter público. Todas estas características conformaron posteriormente lo que se conoce con el nombre de Estado del Bienestar, que hasta los años ochenta tuvo vigencia, y desde entonces ha ido perdiendo la viabilidad de sus rasgos originales, en parte por un

¹ Samuel León; “Política Social y Salud”, en varios autores. Las Políticas Sociales de México en los años noventa. UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, México, 1996.

giro en el pensamiento político y social que busca privilegiar de nuevo la acción y la responsabilidad de los individuos frente a la intervención estatal.

En efecto, la crisis del Estado de Bienestar ha generado, en forma paralela, un debate de amplias dimensiones teóricas y prácticas acerca de las características que, hoy por hoy, debería asumir el Estado moderno, los alcances de su actuación y el tipo de relaciones que habrán de establecerse entre la esfera estatal y las variadas y numerosas instancias de la sociedad. En el debate sobre la reforma del Estado se puede decir que el punto nodal es la redefinición de ámbitos de competencia, para delimitar la autoridad estatal y recuperar muchos ámbitos de decisión y de acción a favor de los individuos, grupos ciudadanos y organizaciones civiles.

En el caso de México, con el propósito declarado de racionalizar el uso de los fondos públicos y dar mayor eficiencia a la administración gubernamental, se ha impulsado una acelerada privatización de las empresas productoras de bienes y servicios de propiedad estatal, como Telefonos de México, etc. bajo el supuesto de que, al desprenderse de responsabilidades y funciones que no le corresponden, el Estado podrá asumir con mayor eficiencia las funciones que sí le son propias, entre ellas las que tienen que ver con la regulación y fomento del desarrollo, la protección de los derechos individuales y la procuración del bienestar social.

Entre las preocupaciones fundamentales del Estado moderno, la necesidad de atender a la salud de la población se ha incorporado definitivamente como uno de los principales componentes de la política social. La atención que el Estado brinda a la salud de la población ya no se considera un simple acto de asistencia optativa a favor de sectores desposeídos, sino una tarea estratégica, relacionada en primer término con un mejor nivel de vida y con las demás funciones básicas de cualquier Estado.

Es así como las políticas sociales aparecen como un instrumento deliberado del poder estatal para dar contenido y realidad a los derechos sociales jurídicamente establecidos. Toda política social se expresa como respuesta programática de un gobierno a cualquiera de las necesidades percibidas en el conjunto de la sociedad, o en un sector considerable de ella. Más explícitamente, se realiza cuando la acción gubernamental enfoca directamente la protección diferenciada y específica a los sectores y grupos más necesitados y vulnerables de la sociedad: ancianos y niños, desempleados, enfermos e inválidos.

En cualquiera de los casos, la política social y su instrumentación realizan la función reguladora, redistribuidora de la riqueza social, la cual propicia los equilibrios alterados por las inevitables desigualdades que se generan en los procesos de interacción de individuos y grupos.

En suma, el reconocimiento de la salud como uno de los derechos sociales básicos se funda en su carácter de necesidad primordial, trascendente para la supervivencia y desarrollo de individuos, familias y grupos, así como para todo un conjunto social. En la época presente se acepta sin objeciones que “el estado de salud de los miembros de una sociedad, y de la misma sociedad en su conjunto, aunque se manifiesta en estructuras orgánicas particulares, se origina en una multiplicidad de factores pertenecientes al ámbito social y al entorno inmediato de individuos y grupos”.² De tal forma que alimentación, educación, vivienda, trabajo, ecología, son apenas algunos de los elementos socialmente determinados que propician la génesis y desarrollo de muchos padecimientos.

b) Modelos de Sistemas de Salud.

En la actualidad conocemos tres modelos de sistemas sanitarios, ampliamente difundidos, sobre los cuales se basa la estructuración de la mayoría de los

² Ibid. p. 93

sistemas de salud en el mundo. Estos modelos se conocen como: a) sistema de seguros sociales, b) sistema nacional de salud y c) managed care (sistema de gestión de asistencia sanitaria estadounidense),³ cuyo estudio proponemos para identificar y los mecanismos de articulación entre Estado y sistemas de gestión sanitaria.

c) Sistema de Seguros Sociales.

El modelo de seguros sociales surge en 1883 con la legislación social prusiana, impulsada por Bismarck, y la creación del primer seguro de enfermedad, al cual seguirían los seguros de accidentes en el trabajo (1884), e invalidez y vejez (1899). Estos seguros, que eran cubiertos con aportaciones de empresarios y obreros dieron origen al modelo de seguro social que conocemos actualmente. El modelo de seguridad social se compone por varios subsistemas unidos por la idea de lograr la protección de la población frente a los riesgos que traen las enfermedades, la vejez y la muerte. Estos subsistemas comprenden:

1) seguros sociales (pensiones de vejez, invalidez y muerte; atención médico-hospitalaria; prestaciones monetarias por enfermedad común y maternidad; y prestaciones monetarias por desempleo); 2) asignaciones familiares; 3) asistencia social (pensiones no contributivas o concedidas a personas sin recursos y no elegibles para las prestaciones del seguro social) y 4) sistemas nacionales de salud o programas públicos de atención a la salud.

d) Sistema Nacional de Salud.

El modelo de sistema nacional de salud está inspirado en las ideas del británico W.H. Beveridge, quien propuso en 1942 en su obra *Social insurance and allied services*, un sistema universal de lucha contra la pobreza, que protegiera a la población ante todo tipo de contingencias, incluyendo la percepción de ingresos

³ Magda, Bertran; “La crisis del modelo sanitario”, *Ciencia y Salud*, Nº 55, 24 de mayo de 1997, Barcelona.

mínimos. También propuso ampliar los derechos a la atención médica y las pensiones con políticas especiales de educación y vivienda. De esta forma la asistencia sanitaria pasó a ser un derecho del individuo frente a la comunidad.

Al nacionalizarse el sistema de salud británico (National Health Service), se originó el sistema nacional de salud que hoy existe, por ejemplo, en Gran Bretaña, España, Portugal, Grecia, Italia y México, financiado con impuestos generales. Ahora bien, es preciso señalar que con el tiempo los dos modelos descritos se han aproximado, coexistiendo en diferentes países que incorporan, además de la universalización de la asistencia sanitaria, la seguridad social para financiar una parte de la sanidad y de las pensiones de jubilación. Es decir, la confluencia de ambos modelos ha tenido como fin establecer o contar por un lado con un subsistema universal de prestaciones básicas, financiado con recursos públicos y basado en la solidaridad social y, por otro, un subsistema de prestaciones públicas y/o privadas, basado en una equivalencia entre lo que se paga y lo que se recibe.⁴

e) Asistencia Gestionada (Managed Care).

En cuanto a este tercer modelo, debemos señalar que Estados Unidos no cuenta con un sistema nacional de salud. La atención de la salud de los ciudadanos se organiza a través de los servicios médicos privados y las compañías aseguradoras. Desde esta perspectiva sólo dos grupos reciben atención directa:

- Quienes tienen la capacidad para adquirir un seguro médico (75.6% de la población)

⁴ “**Dos temas claves en América Latina: reforma de los sistemas de seguridad social y salud**”, División de Desarrollo Social de la CEPAL, en Kliksberg, Bernardo. Pobreza un tema impostergable. FCE, México, 1993, p. 109.

- Quienes están cubiertos por los programas públicos federales y estatales: pobres, ancianos y discapacitados.

Para la mayoría de los ciudadanos norteamericanos los servicios de salud están vinculados con su posición en el mercado de trabajo, o sea con el desempeño de un empleo remunerado. Los desempleados y quienes poseen bajos salarios tienen acceso limitado a los servicios de salud.⁵

Existen dos programas públicos que merecen destacarse por su importancia y el tipo de población que atienden. Uno de ellos es el MEDICAID que constituye un programa de asistencia pública financiado por el gobierno federal y los estados, destinado a proporcionar servicios básicos de salud a población de bajos ingresos. Entre sus beneficiarios se encuentran niños, ancianos, ciegos, incapacitados, adultos con niños dependientes y algunas mujeres embarazadas. Fue creado en 1965 y se ha ido ampliando convirtiéndose en uno de los programas sociales para pobres más importantes en los Estados Unidos.

El segundo programa es el MEDICARE, fue creado en 1965 como una reforma al Acta de Seguridad Social y consiste en un seguro de salud para los mayores de 65 años y algunos grupos de personas incapacitadas; opera bajo la administración federal y forma parte de los programas del sistema de seguridad social. Está constituido por dos grandes programas: un seguro hospitalario y un seguro médico voluntario.⁶

f) Crisis de los Sistemas Sanitarios.

Los sistemas de salud de los países industrializados atraviesan desde la década anterior por un proceso de crisis provocado entre otras circunstancias, por deficiencias internas de los propios sistemas, gran crecimiento del consumo de

⁵ Rosalba, Carrasco; Clemente, Ruiz, y Enrique, Provencio. **Sistemas de Bienestar Social en Norteamérica. Análisis Comparado.** El Nacional, México, 1994.

⁶ *Ibid.* p. 95.

servicios sanitarios, una tendencia al crecimiento de los gastos por encima de los recursos disponibles, el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas y costosas tecnologías, transformación del paciente en una especie de “consumidor” activo y por las transformaciones del papel del Estado en el ámbito económico, así como por el surgimiento de nuevas demandas sociales.⁷

Es así como se ha impulsado la reforma de los sistemas de seguridad social y de las pensiones públicas (Alemania, España, Chile, México), o bien la reforma de los sistemas de salud avanzando hacia la separación de las funciones de financiación y prestación de los servicios, una mayor descentralización que conduzca a la autonomía de los propios hospitales (Inglaterra) y la búsqueda de oportunidades de negocio dentro del sistema sanitario tanto en el terreno de la compra de servicios como en el de la provisión (Alemania, Holanda).

En este contexto, como señala Ignacio Riesgo, entramos en una etapa en la que se debe “establecer una más clara definición de la función de la asistencia sanitaria en la sociedad, delimitar sus responsabilidades o campo de acción; y, elaborar principios para establecer prioridades (delimitación de prestaciones) en la asistencia pública”.⁸

g) Estructura del Sistema Nacional de Salud en México.

-Valor constitucional de la salud.

En la Constitución de 1917 aparece como asunto de utilidad pública la protección del trabajador contra enfermedades y accidentes; este hecho motivó la creación por los años veinte del Departamento de Salubridad. Entre los años

⁷ Ignacio, Riesgo. “**Los problemas de la sanidad**”, Arthur Andersen-Cinco Días, Madrid, junio de 1997.

⁸ *Ibid.* p. 201.

1920 y 1940 se promulgaron leyes y decretos sobre la protección a la salud, a los derechos y al bienestar de los trabajadores. En 1983, el derecho a la salud quedó formalmente en la Constitución de la República y desde 1984 está vigente la Ley General de Salud, la cual crea un Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud tiene atribuciones para planear, coordinar e integrar las actividades y programas de las instituciones públicas relacionadas con la salud de la población. La Secretaría de Salud, además de su competencia como coordinadora de todo el sector, ejerce las funciones de salud pública y el otorgamiento de servicios médicos a población abierta.

Las instituciones de seguridad social, por su parte, han seguido dedicando a los servicios de salud una proporción mayoritaria de sus recursos y programas. Estas instituciones comenzaron a existir en 1943, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social; en ese mismo año se establece la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1960 nace el ISSSTE, orientado a otorgar los servicios de Seguridad Social a los Trabajadores al Servicio del Estado. Los miembros de las fuerzas armadas cuentan desde 1976 con su propio Instituto de Seguridad Social, y en 1977 se funda el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), todo esto con el fin de dar cumplimiento al artículo 4º Constitucional que señala:

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”.⁹

⁹Secretaría de Gobernación. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, 1996, p. 8.

-Capacidad Gubernamental y Política Sanitaria.

En México existe una larga tradición por la que el Estado asume funciones especiales de protección respecto de los sectores menos favorecidos en el conjunto de la sociedad, como es el caso de los campesinos y trabajadores. Por esta razón, desde principios de siglo los gobiernos sucesivos han hecho de la política social uno de sus principales ejes programáticos y se han propuesto insistentemente objetivos de desarrollo social.

A la fecha, todas las formulaciones de política social han reconocido la vinculación y repercusión mutua entre la salud de la población y los aspectos de alimentación, vivienda, higiene ambiental y seguridad laboral, así como la relación directa entre los contenidos de una política social y las posibilidades de un desarrollo integral. Incluso las recientes administraciones, y que, desde luego, han vuelto a reconocer con insistencia la obligación estatal respecto a la salud de la población.

Por ejemplo, para gobierno, las perspectivas planteadas incluyen metas de largo alcance, como la universalidad en la cobertura, que proteja a todo ciudadano independientemente de su capacidad contributiva. Se pretende con ello hacer accesible un paquete básico de servicios preventivos y curativos de los niveles primero y segundo de atención médica.

El Instrumento para llevar a cabo estos objetivos será un Sistema Nacional Solidario de Salud, descentralizado en funciones y recursos tanto hacia estados de la federación, como hacia los municipios. Se espera que la conjunción de las instituciones de seguridad social con su operación de cuotas, y el Sistema Nacional Solidario de Salud, puedan ofrecer a todos los mexicanos un acceso equitativo a servicios médicos de calidad.

Estas mismas instituciones tienen el reto de encontrar soluciones imaginativas a sus problemas de costos, recursos financieros y calidad de servicios. Su propia

reforma deberá incluir la modernización de sus sistemas administrativos y gerenciales, los procesos de producción y otorgamiento de servicios, el logro de la calidad, sentido humano y oportunidad de atención. Tienen que instrumentar sistemas ágiles y efectivos de abastecimiento, de información, de capacitación de recursos humanos y por supuesto la eliminación definitiva de todo burocratismo.¹⁰

-Composición y Distribución de los Servicios.

El Sistema Nacional de Salud está integrado por tres componentes básicos con diferenciación en su cobertura y acceso. En primer lugar se encuentran las instituciones públicas del sector salud; los servicios de salud de las entidades federativas y los organismos del sector privado. La población no asegurada puede ser atendida por las instituciones que brindan servicios a población abierta:¹¹ la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), los diez institutos nacionales de salud, el Programa IMSS-Solidaridad, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios de salud de los estados y el Gobierno del Distrito Federal. Dichas instituciones proporcionan atención médica y asistencia social a la población que no tiene una relación formal de trabajo.

Por otra parte, la población asegurada y sus familias son atendidas por los servicios que ofrecen las instituciones del sistema de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los institutos de seguridad social en 13 entidades federativas y los organismos de la marina, las fuerzas armadas y los trabajadores petroleros (PEMEX). Este conjunto de instituciones

¹⁰ Samuel, León. Op. Cit. p. 243

¹¹ Población abierta: todo individuo de determinada área geográfica que no cuente con servicios médicos. Diccionario de la Lengua Española. Larousse. México. 1997

atiende a la población que tiene una relación laboral con alguna entidad pública o privada.¹²

En el cuadro No. I se esquematiza la estructura del Sistema Nacional de Salud, el tipo de servicios que presta cada institución y el tipo de población que atiende prioritariamente.

h) Cobertura del Sistema Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud ha planteado dos soluciones para lograr una completa cobertura de los servicios de salud en tanto los recursos continúen siendo escasos: Por un lado, 1.- la formulación de políticas sanitarias basadas primero, en los principios de racionalidad económica y, segundo, en la justicia social; 2.- por otro lado, la ejecución de políticas sanitarias que garanticen la universalidad de los servicios, considerando prioritariamente las necesidades de la población más desprotegida, es decir, con una orientación de equidad en la atención de la salud y, posteriormente, la eficiencia económica.¹³ Frente a las marcadas evidencias de inequidad y marginación social entre las entidades federativas del país y entre los grupos socioeconómicos de la población, reflejadas en la demanda insatisfecha de servicios de salud y cuyas fatales consecuencias se han reseñado hasta aquí –es importante abordar el lado de la oferta de los servicios de salud.

La búsqueda y obtención de la atención es, la condición de aseguramiento, es decir, la pertenencia a un sistema de seguridad social que da a la población ese derecho. Uno de los factores más importantes que predisponen y habilitan a la población en el uso de los servicios.

¹² Carrasco, Durán y Provencio, **Op. Cit.** p. 106.

¹³ S.S.A. Cobertura de los Servicios de Salud. El Reto de la Equidad. Serie Organización funcionamiento. Cuadernos de Salud No. 1

Para atender las necesidades de salud de la población abierta, las instituciones responsables de su atención cuentan con 10, 462 unidades de consulta externa y 404 unidades de hospitalización. En estas instalaciones hay 38,137 médicos, 2,197 odontólogos y 60,513 enfermeras, con una capacidad de 32,586 camas censables y 26,350 consultorios. Con esta infraestructura se atiende al 47% de la población total (casi 42 millones de personas), distribuidos en 224 jurisdicciones sanitarias en 32 entidades federativas y 2,418 municipios.¹⁴

A la fecha, más del 60% de la población tiene acceso a algún tipo institucional de servicios, mientras que la Secretaría de Salud logra atender otro 20% adicional.

Los resultados se han hecho evidentes en una mejoría general de varios de los indicadores clásicos de salud: ha aumentado la esperanza de vida al nacer, ha disminuido la mortalidad materna e infantil y se han erradicado algunas enfermedades tradicionales

No obstante, la principal cobertura y acceso a los servicios de salud se ha concentrado en los grandes centros urbanos y con menor intensidad en las áreas rurales, esto ha sido consecuencia tanto de la centralización tradicional de las políticas sociales como del propio modelo de desarrollo económico y el crecimiento demográfico que México experimentó en la segunda mitad de este siglo. Es así como se produjo una concentración de recursos financieros, materiales y humanos en algunas áreas del país, junto con el aumento de la población derechohabiente en aquellas regiones favorecidas por la inversión, la generación de empleos y las actividades económicas. Se gestaba así una gran desigualdad entre las regiones que repercutiría en los problemas de inequidad que actualmente persisten y de los cuales nos ocuparemos en el capítulo dos.

¹⁴ José, Narro. “**Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta**” en Hacia la federalización de la salud en México. Secretaría de Salud, México, 1996, p. 40-44.

Hasta 1990, el 59% de la población tenía acceso a la seguridad social, el 35% era atendida en instituciones que brindaban servicios a población abierta y cerca del 6% (unos cinco millones de personas) no recibían ningún tipo de atención. Entre 1982 y 1992, el número de derechohabientes de la seguridad social pasó de 33.7 a 49 millones, sin embargo el número de unidades médicas sólo creció de 3,125 a 3,453.¹⁵

La Ley General de Salud define los servicios de salud como aquellas acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Bajo este objetivo esencial se ha institucionalizado el Sistema Nacional de Salud y se ha promovido la descentralización de los servicios que comprende. La financiación de estos servicios se hace a través de las siguientes modalidades:

1. **Unipartita**, en relación a las instituciones que atienden a población abierta, los recursos se derivan del presupuesto federal (más del 80%) y en menor medida de los gobiernos estatales y de las cuotas de recuperación que se aplican a los usuarios por ciertos servicios.
2. **Bipartita**, que aplica a los servicios de la seguridad social que proporciona el ISSSTE y los institutos de seguridad social similares para empleados de los gobiernos estatales en 13 entidades federativas.
3. **Tripartita**, se aplica al régimen de seguridad social de quienes tienen una relación formal de trabajo. Según la Ley Federal de Trabajo la única institución facultada para prestar estos servicios es el IMSS. De esta forma los ingresos proceden de tres fuentes: los trabajadores, los patrones y el gobierno federal.

¹⁵ Miranda-Ocampo, Raúl; “**La salud y la economía (1982-1992)**”, *Revista Economía Informa*, UNAM-Facultad de Economía, N° 234, 1995.

En el cuadro No. II se observa como el peso fundamental de la gestión de los servicios sanitarios recae en la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social. La primera institución se concentra principalmente en los servicios no personales y la segunda en los servicios de carácter personal. El Programa IMSS-Solidaridad ha pretendido ser el fiel de la balanza, concentrando sus recursos en la atención de la población pobre en las zonas rurales, sin embargo es evidente que sus alcances aún han sido limitados. Hay sin embargo una tercera observación que se refiere a la fragmentación de las políticas de salud que impide la integralidad y provoca duplicidades en cuanto a la población atendida, problemas que se agudizan en los niveles operativos del Sistema Nacional de Salud.

II. EQUIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

a) El concepto de equidad y los Servicios de Salud.

El concepto de equidad en materia de salud, sirve como nexo fundamental entre la filosofía de la igualdad y su materialización tanto a nivel normativo, como en el terreno concreto del acceso a los servicios por parte de los individuos, los diferentes grupos sociales y las regiones. Esta es la razón por la que dicho concepto se encuentra hoy como un elemento muy importante en la legislación básica de la mayoría de los sistemas sanitarios públicos.¹

En este orden de ideas, los economistas de la salud han propuesto algunas formas de entender el concepto de equidad, desde una perspectiva igualitarista. La primera se refiere a la equidad como una forma de proporcionar **tratamiento igual para igual necesidad**, es decir se pretende que las personas con igual necesidad de atención, reciban el mismo tratamiento, independientemente de factores como la capacidad de pago, edad, sexo, raza o lugar de nacimiento.

La segunda forma de entenderla alude a la igualdad de acceso y se interpreta como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener servicios sanitarios con un determinado nivel de calidad. Por último la equidad también se ha entendido como factor que posibilita la igualación en salud.² En este trabajo utilizamos el concepto de equidad tal y como lo entiende Philip Musgrave,³ es decir como la provisión adecuada de servicios de salud. Esta forma de entender la equidad coincide con la segunda definición antes descrita y coincide también con el sentido que adquiere el “derecho a la

¹ Marisol, Rodríguez. “**Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad**”, *Revista de Economía*, Nº 12, España, 1992.

² *Ibid.* p. 58-59.

³ Musgrave, Philip. “La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación”, *Boletín de la oficina Panamericana de la Salud*, No. 95, 1983.

protección de la salud” plasmado en el artículo 4º de la Constitución Política del país.

Ahora bien, el manejo adecuado de un concepto como este y su aplicación efectiva a un sistema específico, exige utilizar parámetros e indicadores concretos que permitan hacerle un instrumento útil en el estudio de las desigualdades sociales. Como sostienen Pamplona y Campuzano: “El problema de la equidad y la salud tiene un orden variado de aspectos importantes. Si efectivamente se parte de principios de justicia que sean equitativos o que busquen la equidad -entre individuos, entre grupos, entre regiones-, conviene insistir que, desde una perspectiva de reforma pública, la equidad debe fundamentarse en argumentos de justicia distributiva, instrumentando acciones que tengan un sentido de universalidad y combate a situaciones de clara desventaja social”.⁴

Como es evidente, los problemas de inequidad tienen efectos mucho más tangibles en el campo de la salud, pues conllevan, además del deterioro de las sociedades, una diferenciación creciente en el acceso a los servicios sanitarios, por parte de grupos sociales y unidades geográficas, que en muchos países han alcanzado niveles intolerables. Al respecto un documento reciente de la CEPAL indicaba: “Que una altísima proporción de la mortalidad infantil sea por causas evitables (diarreas, infecciones respiratorias agudas y parasitosis intestinal). Que estas muertes evitables se concentren en sectores pobres y que la expectativa de vida al nacer se encuentre segmentada por estratos sociales o por ámbitos socioespaciales, refleja esta forma extrema de inequidad”⁵.

⁴ Pamplona, Francisco y Campuzano, Vianey; “**Inequidad y rezago en las condiciones de salud. Diferencias regionales y estatales**”, Secretaría de Salud, 1991, (Mimeo).

⁵ Kliksberg, *op. cit.* p. 118.

b) Panorama general de la inequidad en México.

-Diferencias Geográficas y Socioeconómicas.

México es un país de contrastes y la estructura y dinámica de la población en el territorio nacional no son la excepción. Las disparidades entre las ciudades y el campo son de enorme magnitud.

En el cuadro No. III se puede observar que en México existen regiones, entidades federativas y grupos socioeconómicos severamente rezagados en los procesos de descenso de la mortalidad y la fecundidad. Los marcados diferenciales regionales socioeconómicos del comportamiento demográfico ilustran los contrastes que se observan en las condiciones de vida de los distintos grupos sociales.

En materia de diferenciales demográficos, es posible distinguir al menos tres grupos de entidades federativas que además, muestran cierta homogeneidad en sus características socioeconómicas. Las de mejores condiciones: Distrito Federal, Nuevo León con el más alto nivel socioeconómico de acuerdo con el INEGI,⁶ seguidas por Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima Chihuahua, Jalisco, Edo. de México, Morelos, Sonora y Tamaulipas; en contraste las de mayor atraso en los procesos de cambio demográfico y menor nivel de bienestar: Chiapas, Guerrero y Oaxaca; seguidas por Campeche, Hidalgo, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

-Nutrición

Una de las formas más alarmantes de expresión de la inequidad y de la exclusión social la constituye la situación nutricional de los grupos de población

en extremo vulnerables. Dos indicadores frecuentemente utilizados para medir el grado de desnutrición de la población son la prevalencia de retardo severo en el crecimiento lineal (retardo severo en la talla y el peso).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición realizada por la Secretaría de Salud, en 1994 uno de cada 4 niños mexicanos tenía retardo severo en su crecimiento y desarrollo (Talla /Edad). Las diferencias regionales son muy marcadas, mientras que en la región del Distrito Federal este indicador alcanza un valor de 9.8% en la región del norte es de 11%, 25.1% para la región centro y de 34.1% en la región sureste.

Se estima que en ese año (1994) había en el país poco más de 9 millones de niños menores de 5 años, que más de dos millones de los nueve tenía retardo severo en el crecimiento y que casi la mitad eran residentes de alguna localidad del sureste. **(Ver cuadro No. IV y V)**

La educación de la madre juega un papel muy importante en la nutrición de los hijos. La citada encuesta reporta que la prevalencia en el retardo severo en el crecimiento es de 41.3% para los niños cuyas madres no tienen grado alguno de instrucción; de 23.5% con madres que tienen primaria y de 8.3% con madres que alcanzaron un nivel de instrucción superior a la primaria.

Por otro lado, un factor primordial que afecta la situación nutricional de la población es su nivel socioeconómico; los ingresos del hogar para acceder al consumo de alimentos, y un determinado nivel educativo que permite a la población orientar ese consumo optimizando los recursos de manera más selectiva. El nivel nutricional de la población infantil está también condicionado por la práctica de alimentación al seno materno. Paradójicamente, en los estados donde una parte importante de la población vive en condiciones

⁶INEGI. Niveles de Bienestar 5.9 en México, 1996.

precarias es donde esta práctica tiene menos observancia, tal es el caso del sureste mexicano. Es un hecho conocido que la desnutrición, especialmente entre los infantes es un factor estrechamente asociado a los episodios diarreicos de la población.

-Morbimortalidad⁷ por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA).

La morbilidad por diarreas todavía significa un problema de salud en México. Si bien en el país se han logrado avances significativos en la disminución de dos de los padecimientos transmisibles más importantes, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA)⁸. En el cuadro (Mortalidad por Enfermedades Infecciosas e Inf. Resp. Agudas por Entidad Federativa **Cuadro No. VI**) se evidencia el grado de inequidad en el acceso oportuno a los servicios de salud y en el manejo correcto de este tipo de padecimientos. Mientras que en Chiapas y Oaxaca se produjeron, en 1994 52.0 y 54.0 muertes por diarreas agudas por cada mil habitantes, en Durango, Nuevo León y Tamaulipas ocurrieron menos de cinco.⁹

Pero en general se aprecia una reducción importante en el grado de disponibilidad de recursos para la salud por entidad federativa y un crecimiento importante de las desigualdades regionales. Entre 1980 y 1990, 18 estados experimentaron una reducción en el grado de disponibilidad de recursos para la salud, entre ellos estados muy pobres como Chiapas, Guerrero, Michoacán, Morelos Oaxaca, San Luis Potosí Veracruz. En contraste 8 entidades mantuvieron su nivel entre alto y muy alto. Sólo cuatro entidades registraron un crecimiento en la disponibilidad de recursos, estas fueron Baja California Sur,

⁷ Índice que señala el número de personas de una comunidad que enferman y mueren, durante un período determinado. Diccionario de la Lengua Española, LAROUSSE México, 1997.

⁸ En el periodo comprendido entre 1980-1992 ha habido una reducción muy marcada de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) entre los menores de 5 años (SSA 1995).

Coahuila, Colima y el Distrito Federal. Además mientras que en 1980 sólo 10 entidades registraron un rango entre bajo y muy bajo, para 1990 el número aumentó a 15.¹⁰

¿Cómo se traducen estas inequidades en las condiciones de salud a nivel regional y social?. En 1991 estados como Chiapas y Oaxaca alcanzaron la esperanza de vida que el distrito Federal y Nuevo León habían alcanzado desde 1970. Los cinco estados más pobres del país tienen el doble de la mortalidad infantil que las cinco entidades más ricas. La mortalidad de los adultos en el estado de Oaxaca es comparable a la de la India y la de Nuevo León es comparable a varios países europeos. El peso de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva es 2.2 veces mayor por habitante en el medio rural que en el urbano. Por cada 4 pesos que se gastan para atender la salud de los asegurados, solamente se gasta 1 para la atención de los no asegurados. A mayor marginación de una entidad federativa, menor gasto público en salud destinado a esta.²⁶

Además no siempre se registra la enfermedad diarreica sino otro tipo de complicaciones y padecimientos por los cuales acude el paciente a los servicios de salud. Sin embargo con los datos disponibles puede notarse un incremento en el registro de población que padece enfermedades diarreicas. En México como en todo el mundo las infecciones respiratorias agudas, constituyen la primera causa de morbilidad entre los menores de 5 años y son motivo de la mayor demanda de atención médica. Al igual que otros padecimientos de tipo infeccioso se asocian a las condiciones socioeconómicas de la población y a la infraestructura de servicios de salud de la comunidad.

⁹ S.S.A. Op. Cit.

¹⁰ Perfil Estadístico de la Población Mexicana un enfoque de Inequidad. UNIFEM, 1990, P.45.

²⁶ Frenk, Julio; “**20 años de salud en México**”, Revista Nexos, N° 241, enero de 1998.

Aun considerando la subcobertura que tiene la mortalidad por causas, es posible desprender que la persistencia de enfermedades infectocontagiosas (en su mayoría evitables), con alto nivel de incidencia en las entidades federativas más rezagadas, constituye una evidencia de la inequidad en la asignación de recursos para la atención de la salud, ya que incluyendo la promoción a la salud buena parte de estas muertes podrían evitarse promoviendo medidas preventivas entre la población.

-Escolaridad de la Población Mexicana.

En el año de 1990 el analfabetismo era una característica ciertamente común entre la población mexicana, 78 de cada 100 personas de 10 años y más no sabían leer ni escribir; como consecuencia del débil y apenas incipiente desarrollo del Sistema Educativo Nacional a principios de siglo, la escolaridad promedio entre la población de 15 años y más era de poco menos de un año. El avance paulatino de dicho sistema ha permitido que en 1990 – con una población seis veces mayor a la de 1900 – la escolaridad alcance un nivel promedio de alrededor de 6.5 años. No obstante estos avances, diversos sectores de la población son objeto de inequidad y exclusión en materia educativa.²⁷

En suma, la situación descrita dista mucho de ser la deseable, ya que todavía persisten en el país marcados rezagos en materia educativa. La baja escolaridad de amplios sectores de la población, los elevados porcentajes de deserción escolar y la limitada eficiencia terminal en los diferentes niveles del Sistema Educativo Nacional, son algunos de los problemas que este sistema enfrenta. Así mismo, los Estados más pobres y con mayor porcentaje de población indígena son también los que regularmente han permanecido con los índices más bajos de escolaridad. **(Ver cuadro No. VII)**

²⁷ UNIFEM. Op. Cit. p. 56.

-La Población Indígena

México se caracteriza por contar con una gran tradición histórica y cultural, con una enorme diversidad entre regiones y grupos de población. En buena medida, esta situación constituye la riqueza del país y es motivo de intercambio entre los sectores y grupos sociales. Sin embargo, en muchas áreas geográficas la heterogeneidad y diversidad de la población refleja y expresa inequidad e injusticia. Los fuertes contrastes en los niveles de bienestar de la población se exacerban cuando se trata de los grupos étnicos que, paradójicamente, dan a la nación una gran riqueza cultural; así, frente al México moderno, los grupos indígenas del país se encuentran inmersos en situaciones de insalubridad, miseria, rezago educativo y trabajo precario, además de ser víctimas de exclusión social, violación de los derechos humanos y marginación.

Se dice que en México existen aproximadamente 68 grupos étnicos, distribuidos en forma heterogénea en el territorio nacional; grupos que por diversas razones no han podido gozar plenamente de los beneficios del desarrollo; más aún, con frecuencia han sufrido una marcada y conciente marginación y están ampliamente documentadas las situaciones de explotación e inequidad a las cuales se somete a la población indígena.

Como ya se mencionó los grupos indígenas del país sufren grandes carencias, esta situación se hace más evidente cuando se observan algunos de los principales indicadores educativos del nivel alcanzado por los indios del país. A nivel nacional, las entidades en donde se ubica el mayor número de la población indígena analfabeta son: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Guerrero, Puebla seguidos por Yucatán e Hidalgo.

La escolaridad es uno de los indicadores más elocuentes de la inequidad, una escolaridad mayor supone una mayor integración social, una mejor inserción en el mercado de trabajo y un mayor acceso a los beneficios del desarrollo; la población indígena como consecuencia de la escasa inasistencia y su alta deserción en el Sistema Educativo tiene promedios de escolaridad, más bajos, situación que impacta directamente en la capacitación para el trabajo y por ende en los niveles de vida y en las oportunidades para aprovechar y obtener mayores beneficios.

Respecto a la salud de los indígenas, los más recientes estudios dicen que las principales causas de morbilidad son de origen infeccioso.²⁸ Básicamente se trata de infecciones respiratorias y de infecciones intestinales, aunque también es frecuente la sarna.

Los grupos indígenas presentan además una elevada mortalidad infantil. Los municipios con mayor mortalidad infantil se encuentran en: Oaxaca, Chiapas, Veracruz. En suma, las tasas de mortalidad infantil son mayores para la población indígena y las tasas de mortalidad en general, son mayores en las entidades con las más altas proporciones de población indígena.

-Perfil de la Mujer Mexicana.

Es reconocido que las mujeres han avanzado en su condición social, jurídica y económica en lo que va del siglo. No obstante, es aceptado que todavía existen enormes rezagos que mantienen a la población femenina en situaciones de exclusión social y marginación como son los aspectos relativos a la educación, el empleo, los ingresos y el estatus social de la mujer derivado de las construcciones culturales en torno a la situación de género. Estas otorgan roles diferenciados a hombres y mujeres sometiéndolos a riesgos y condiciones

²⁸ Cuaderno de Salud. p. 60. 1996.

distintas que repercuten en diferentes ámbitos de su vida. Se podría decir que en los últimos 20 años han tenido lugar los mayores progresos en la situación social de las mujeres. No obstante, las inequidades de género siguen siendo muy marcadas. La mujer y su salud son motivo de interés por lo que veremos que los problemas de salud en la mujer deben abordarse considerando los aspectos socioculturales que las diferencian de los hombres.

Ciertamente algunos de estos aspectos están ligados a la reproducción; sin embargo, la salud de las mujeres no puede restringirse a esta área. Debe estudiarse de manera integral para identificar exclusivamente problemas específicos y para encontrar la solución a tales problemas. Por eso es importante tomar en cuenta riesgos importantes para la salud de la población femenina, como son la situación de pobreza, la violencia intradoméstica, la discriminación, las condiciones de desventaja en el trabajo, etc.

Las diferencias de salud de hombres y mujeres responden a diversos factores que tienen que ver con las características biológicas de su condición de género pero que también se asocian a la situación social de las mujeres la cual las coloca en condiciones de riesgo, mayor vulnerabilidad frente a determinados padecimientos. La Organización Mundial de la Salud destaca la paradoja de que siendo las mujeres quienes se encargan de la procuración de la salud de la población en general y de la de su familia en particular, sean precisamente ellas quienes tienen las peores condiciones de salud.

Por todo lo anterior nos damos cuenta de que la pobreza²⁹ provoca una serie de situaciones en el seno de las unidades domésticas que se traducen en estilos, formas y niveles de vida, además de condicionar y limitar la capacidad de

²⁹ El Comité Económico y Social del Mercado Común considera pobres a los individuos y familias cuyos recursos son tan bajos que se ven excluidos de la forma de vida de los países en los que viven.

decisión de los individuos en aspectos fundamentales que atañen a su salud y la de su familia.

c) Un enfoque de desigualdad y equidad.

Este enfoque enfatiza la diferencia entre los estratos de la población ubicados en los niveles más bajos de la distribución del ingreso y los más altos. La línea de pobreza para identificar a los más pobres se establece en relación con normas actualizados en la comunidad de que se trate. El interés se centra en cerrar las brechas entre los que están más abajo y los que están mejor en cada dimensión de la estratificación social.

La preocupación es que la redistribución se dé a partir de los que más tienen hacia los que menos tienen y evitar que ocurra lo inverso o que la redistribución se dé entre los pobres o entre los sectores medios y los pobres.

El interés no gira en torno a la prevalencia de la pobreza en un país, expresada en el sufrimiento de los pobres, sino en la opulencia relativa de la nación como un todo. En estas discusiones es completamente legítimo preocuparse por el bienestar de todos los habitantes del país.

Sin embargo, se arguye que la desigualdad es fundamentalmente un problema distinto de la pobreza en un país, aunque obviamente están relacionados. Cambios en la medida de desigualdad pueden no alterar la pobreza o bien un cambio en los niveles de ingreso, sin modificar la distribución, pueden llevar a un aumento de la pobreza sin modificar la medida de la desigualdad.

La desigualdad se relaciona no sólo con el ingreso, sino con la propiedad de la tierra y otros recursos y activos productivos; con la educación y las diferencias

regionales, con el desempleo y la emigración que en ocasiones provoca y con los impuestos, las transferencias y la seguridad social. También tiene que ver con el acceso a la vivienda, los subsidios y los derechos laborales.

Un concepto adicional que se relaciona con los de pobreza y desigualdad es el de equidad que de acuerdo con la CEPAL significa igualdad de oportunidades para participar en la procura del bienestar y de las posesiones sociales.

La igualdad de oportunidades requiere de la eliminación de los privilegios y discriminaciones basadas en estructuras económicas, sociales y políticas. El tipo de ocupación, el nivel de ingreso, los logros educacionales, el tipo de familia, la localización urbana o rural, la influencia política, entre otros, son factores que afectan de manera decisiva las oportunidades de la vida.

d) Equidad y transición epidemiológica en México.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, queremos insistir en que el estudio de la equidad en los servicios de salud en México resulta de gran utilidad para explicar las particularidades de la “transición epidemiológica” que se experimenta actualmente y en dónde mientras las enfermedades infecciosas y parasitarias son desplazadas de los primeros lugares por las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes, aún hay regiones y miles de localidades con grupos sociales en los que persisten las enfermedades propias del subdesarrollo con mayor incidencia en los grupos infantil y materno.³⁰

Julio Frenk ha explicado muy recientemente que “Esta inequidad persistente es el rasgo más característico de nuestro modelo polarizado de transición epidemiológica. La combinación de un cambio rápido y desigual ha colocado a México frente a una serie de problemas nuevos, característicos de las sociedades desarrolladas, sin que haya logrado resolver por completo los viejos

³⁰ José, Narro. Op. Cit. p. 40.

problemas, típicos de las sociedades más pobres”.³¹. Para ilustrar sobre el tipo de inequidades que persisten en el Sistema Nacional de Salud, empezaremos por mostrar la disponibilidad de recursos para la salud entre 1980 y 1990, a partir de indicadores generalmente aceptados y sus valores nacionales. Posteriormente veremos como se comportan estos mismos indicadores en cada región o entidad federativa. **(Ver cuadro No. VIII)**

La observación del conjunto de indicadores muestra que todos éstos crecieron durante la década en cuestión, no obstante incubadoras, laboratorios y quirófanos partieron de tasas ya de por sí bajas y aún continúan por esa senda. Es destacable el reducido crecimiento de camas censables, aunque por otra parte se observa un crecimiento importante del personal médico y enfermeras, lo que indica que aumentan las expectativas de atención. **(Ver cuadro No. IX)**

El índice de disponibilidad de recursos para la salud, por cada región o entidad federativa puede analizarse a través del siguiente cuadro el cual concentra los niveles alcanzados por cada entidad entre 1980 y 1990. Este índice se obtiene del cruce de indicadores como camas censables, consultorios, laboratorios, quirófanos, personal médico, paramédicos y enfermeras, su resultado se ubica entre rangos que se clasifican como MUY ALTO, ALTO, MODERADO, BAJO y MUY BAJO, es así como podemos observar como se ha movido la desigualdad regionalmente y cuales pueden ser las principales manifestaciones de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Los cuadros con la información específica de cada indicador se anexan al final del trabajo para su observación detallada.

El primer contraste que salta a la vista y que constituye una observación obligada es la fuerte concentración de recursos en el Distrito Federal, que incluso crece a lo largo de la década. Otro contraste es la gran diferencia entre el

³¹ Frenk, Julio. Op. Cit.

sur del país que se representa por el estado de Chiapas cuyo rango va de bajo a muy bajo durante toda la década y estados del norte, como por ejemplo Nuevo León cuyo rango se mantiene alto. Esta situación no sólo ofrece una explicación del conflicto armado que se vive actualmente en Chiapas, sino incluso que los principales esfuerzos del gobierno federal para superar los rezagos en esta entidad se concentren en la atención de carácter sanitario para las comunidades indígenas.³²

³² Por ejemplo, en el marco del Programa de Ayuda Humanitaria para el Municipio de Chenalhó instrumentado a partir de diciembre de 1997, se otorgaron 5, 171 consultas médicas, en su mayoría a menores de 15 años y a mujeres de entre 15 y 44 años; se aplicaron más de 10 mil vacunas y se detectaron como las principales causas de enfermedad las infecciones respiratorias agudas, parasitosis y males diarreicos agudos. **Entrevista al Secretario de Salud publicada en *La Jornada*, 11 y 12 de enero de 1998.**

III. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La gran transformación que se abre paso en el mundo de nuestro tiempo constituye una revolución política, económica y social que se extiende a todas las sociedades y culturas del planeta. Vivimos una época en que la aceleración del cambio constituye un reto fundamental a ciudadanos e instituciones, ya que pone a prueba su capacidad de respuesta ante una demanda social, cuya diversidad y complejidad exigen un nuevo modelo de gestión pública.³³

A lo largo de este siglo, México ha avanzado bastante, sin embargo aun persiste una excesiva centralización,³⁴ la cual ha distanciado el desenvolvimiento de estados y municipios, limitando el desarrollo pleno de la nación. En este país, en el que aun persisten rezagos sociales, el Estado tiene la responsabilidad de convertirse en el principal promotor de desarrollo humano. En este sentido, formular una política social³⁵ acorde con los desafíos de México, contribuirá a la democratización y al fortalecimiento de las instituciones.

Al tanto de estos requerimientos, el actual Secretario de Salud ha sostenido que la determinación del gobierno³⁶ para avanzar y consolidar el proceso de democratización se manifiesta en el impulso de un federalismo renovado que se apoya en la descentralización, “entendida como un proceso de reforma de la

³³ Respuesta Gubernamental a demandas sociales o procesos administrativos internos. La gestión pública, es equiparable a la fusión pública. Vicente Anaya Cadena. (coordinador) Diccionario, Político, Gobierno y Admón. Pública Municipal. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. 1997. p.189.

³⁴ En el campo administrativo acción de centralizar. Se registra cuando el órgano superior mantiene sin limitación ni disminución la competencia de dirección, comando y control de todos los órganos que integran la administración. Ibidem, p. 68.

³⁵ Autoridad suprema del poder público en el terreno jurídico, la soberanía sirve para indicar el poder de mando en última instancia en una sociedad política y, por consiguiente, para diferenciar a esta de las otras asociaciones humanas, en cuya organización no existe tal poder supremo. Ibidem, p. 345

³⁶ Acción y efecto de Gobernar. Conjunto de personas con autoridad y poder para organizar los asuntos públicos de una colectividad nacional y velar por el cumplimiento de las leyes de un país. Ibidem, p. 192.

organización gubernamental, con vistas a precisar, ampliar y vigorizar los mecanismos de colaboración entre los distintos niveles de la administración pública con una creciente participación social”.³⁷

Se pretende generar un nuevo equilibrio entre las autonomías regionales y la unidad nacional; combatir la pobreza, disminuir la desigualdad y equilibrar el crecimiento del país. Este es el enfoque de la reforma del Sistema Nacional de Salud. La salud está íntimamente vinculada con el desarrollo de la nación y por lo tanto para que exista progreso es indispensable un Sistema de Salud que atienda con equidad, oportunidad y calidad a todos los mexicanos.

Proteger y mejorar la salud del individuo y la colectividad, es el objeto central de la reforma. En este contexto, la descentralización forma parte de una estrategia de desarrollo que cubre las tareas meramente administrativas. Por lo anterior, la Secretaría de salud ha iniciado la descentralización de los servicios, con el fin de transferir decisiones y acciones al lugar de los hechos. Parte de esta tarea radica en lograr una mayor eficiencia mediante una mejor asignación de recursos y el aumento de la capacidad y oportunidad de acción de las unidades operativas, siendo transparente la distribución y el cumplimiento de recursos y responsabilidades.

Para que exista una adecuada coordinación del sistema existe el gabinete de salud y el Consejo Nacional de Salud, el cual ha fungido, en el proceso de descentralización, como órgano coordinador y concertador entre las autoridades centrales y las autoridades estatales. Para cumplir con su labor creó cinco comisiones de trabajo: ampliación de la cobertura, mejoría de calidad de atención, vinculación entre la jurisdicción sanitaria y los municipios, fortalecimiento de los recursos humanos, y por último, fortalecimiento de los recursos financieros y materiales.

³⁷ De la Fuente, Juan Ramón, “Federalismo y descentralización del Sector Salud”. Consejo Nacional de Salud, 1996.

Si observamos **el cuadro No. XI** nos daremos cuenta del esquema de trabajo del Consejo Nacional de Salud, en 1994.

a) Modelo de atención a la Salud para Población Abierta.

Entre las estrategias diseñadas por el Consejo Nacional de Salud,³⁸ a partir del diagnóstico sobre la capacidad instalada, realizado en 1995, se propuso la descentralización de los servicios de salud dirigidos a población abierta, con el propósito de que todos los estados y el Distrito Federal asumieran las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos, para una gestión descentralizada real en función de las necesidades y prioridades de la comunidad local.

Entre los principales antecedentes del proceso de descentralización de los servicios de salud, en 1976 se elabora un primer Programa de Extensión de Cobertura (PEC) por parte de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios. En 1978 en respuesta a las demandas de la población en áreas “periurbanas marginadas”, se diseñó el Programa de Atención Primaria, con un modelo de atención basado en equipos multidisciplinarios. En 1980 se transformó la prestación de servicios de salud por especialidades a través del Programa de Medicina General Familiar, con el fin de proporcionar atención al individuo y al núcleo familiar, introduciéndose el concepto de atención modular. En 1981 se formuló el Programa de Sistemas de Servicios de Salud y el Programa de Atención a la Salud a Población Abierta en

³⁸ El Consejo Nacional de Salud, creado por Acuerdo Presidencial en marzo de 1986, constituye la instancia permanente de coordinación entre la federación, los estados y el Distrito Federal, para la ampliación, programación y evaluación de los servicios de salud en el país. Por tal motivo, es el foro de máximo nivel para la concertación de acciones y recursos en favor de la descentralización de los servicios de salud a población abierta. Lo integran el Secretario de Salud, como Presidente, los 32 titulares de los servicios de salud en las entidades federativas, en calidad de consejeros. Este órgano cuenta con un Comité Asesor formado por los Subsecretarios de Servicios de Salud, de Planeación y Fomento Sanitario y por el Oficial Mayor de la Secretaría de Salud.

áreas marginadas de grandes urbes, que se implementó en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y el Distrito Federal. En 1985 nace, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, que busca fortalecer la coordinación programática en el proceso de descentralización, opera en 14 entidades federativas y más adelante se intenta extender hacia todos los estados. Finalmente en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y el Programa Nacional de Salud 1990-1994, se actualizó dicho modelo con la participación de los servicios estatales y posteriormente se difundió a las 32 entidades federativas para su adecuación, aplicación y desarrollo.³⁹

El Modelo de descentralización de los servicios de salud a población abierta tiene entonces como propósito fundamental, optimizar la organización y el funcionamiento de los servicios estatales de salud para asegurar a la ciudadanía la disponibilidad y acceso a servicios de salud de calidad, con plena satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios. Al respecto señala José Narro: “Las acciones de coordinación para uniformar el desarrollo de programas, la integración orgánica de los servicios de salud que se proporcionan a la población abierta, la descentralización de estos hacia los gobiernos de los estados y su posterior desconcentración hacia las jurisdicciones sanitarias, requieren esquemas estructurales de funcionamiento cada vez más eficientes para satisfacer el derecho social a la protección de la salud de todos los mexicanos, en particular de los grupos más vulnerables”.⁴⁰

En este orden de ideas, el sistema de descentralización contempla tres niveles básicos con funciones más o menos delimitadas que en una estructura piramidal opera de la siguiente forma:

³⁹ Narro Robles, José. *Op. Cit.* p. 32-36.

⁴⁰ *Ibid.* p. 55.

b) Nivel Federal (Coordinación Vertical)

El artículo cuarto constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en este sentido es la Secretaría de Salud la dependencia del gobierno federal que tiene a su cargo una serie de funciones que se encomiendan través de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley General de Salud. Para la atención de las necesidades de población abierta y desarrollar las políticas públicas necesarias, cuenta con una estructura a nivel nacional, estatal y jurisdiccional. Sus atribuciones esenciales son el diseño e implementación de políticas, estrategias y programas en el marco del Sistema Nacional de Salud, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud.

c) Nivel Estatal (Regional)

De acuerdo con el apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud y las estrategias definidas en el Programa Nacional de Salud, los gobiernos de las entidades federativas tienen capacidad para desarrollar las estructuras administrativas que les permitan organizar, operar y evaluar la prestación de los servicios de salud a población abierta, de fomento sanitario y de salud pública que les corresponda. Así mismo tienen la facultad de apoyar la formulación de presupuestos de los organismos encargados de la prestación de los servicios de salud, atender sus necesidades logísticas, ejercer la función de patrón respecto de los trabajadores que se desempeñan en los servicios estatales de salud e instrumentar, a su vez, la desconcentración de servicios hacia las jurisdicciones sanitarias.

En este mismo nivel se encuentran los servicios estatales de salud, mismos que quedan a cargo del jefe de salud en cada entidad federativa, cuentan con estructuras de apoyo en servicios de salud, fomento sanitario, planeación y administración. Se encargan del control y seguimiento de los recursos humanos, físicos y materiales existentes, así como de la ejecución de las políticas

sanitarias. De acuerdo con el programa de descentralización de los servicios de salud a población abierta tienen facultades para asegurar la congruencia de los planes, programas y presupuestos nacionales con los programas estatales de salud, verificar la correspondencia y complementariedad de estos programas con los de las instituciones de seguridad social, ejercer las funciones de regulación sanitaria en su ámbito territorial, fortalecer a las jurisdicciones sanitarias, coordinar los sistemas de vigilancia epidemiológica y de regulación y fomento sanitario, así como proponer las facultades que en materia de salubridad local, deban realizar los municipios.

d) Nivel Jurisdiccional o Aplicativo (Coordinación Horizontal)

La jurisdicción sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por territorio que depende del nivel estatal y sirve como enlace con el nivel aplicativo. Se encarga de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención médica a población abierta, así como de realizar funciones de regulación, control y fomento sanitario en el área geográfica de su responsabilidad. De acuerdo con el programa de descentralización de los servicios de salud a población abierta, este nivel tiene facultades para realizar el diagnóstico jurisdiccional de salud, supervisar que las unidades de salud presten los servicios con calidad, coordinar sectorialmente el sistema de vigilancia epidemiológica, vigilar el cumplimiento de la legislación sanitaria y el marco programático, ejecutar los programas de ampliación de la infraestructura sanitaria y gestionar los recursos para lograr el acceso con oportunidad y calidad, así como mantener las unidades operativas en óptimas condiciones de operación.

e) Nivel de ejecución

En la base de este complejo sistema se encuentra la estructura institucional y comunitaria que conforma la red de servicios compuesta por las unidades que proporcionan servicios de salud con un enfoque integral, dirigidos al individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Centro de Salud con un Núcleo Básico: tienen una cobertura de 100 a 500 familias y se ubican en zonas urbanas y rurales. Proporciona servicios de atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación. Realiza funciones de promoción de la salud, saneamiento ambiental y de la vivienda, vigilancia epidemiológica, referencia de pacientes y atención de urgencias médicas.

Centro de Salud que atiende de 2 a 12 Núcleos Básicos: proporciona servicios a poblaciones de 500 a 6000 familias. Presta servicios de complejidad creciente, cuenta además con atención odontológica, a partir de 2 núcleos, a partir del sexto núcleo cuenta con servicios de laboratorio clínico y a partir del séptimo núcleo cuenta con servicio de rayos x.

Hospital General con rango de atención entre 20 y 50 mil habitantes: brinda atención médica integral, cuenta con médicos especialistas en las cuatro ramas básicas: cirugía general, ginecobstetricia, medicina interna y pediatría. Cuenta con servicio de anestesiología, diagnóstico y tratamiento a través de laboratorio clínico, gabinete de radiología y banco de sangre.

Hospital General con rango de atención entre 50 y 150 mil habitantes: Proporciona múltiples servicios de salud y cuenta con equipo médico de especialistas y subespecialistas de diversas áreas de acuerdo con la complejidad de su ámbito de influencia. Resuelve los daños en salud regionalmente y apoya a unidades médicas de menor complejidad.

Hospital General para más de 250 mil habitantes: dispone de servicios de alta capacidad resolutive y utiliza tecnología avanzada, puede resolver daños en salud regionalmente y apoya unidades médicas de menor complejidad a nivel del estado como de otras entidades federativas circunvecinas.

SISTEMA DE DESCENTRALIZACIÓN

Nivel Federal

(Funciones Normativas)

Nivel Estatal

(Funciones de Coordinación Vertical)

Nivel Jurisdiccional

(Nivel de integración, coordinación horizontal.

Unidades Operativas

(Nivel de Ejecución)

En suma, la descentralización de los servicios sanitarios ha sido un proceso inacabado pese a los avances que muestra el modelo de atención a población abierta. Hasta ahora sólo se ha logrado consolidar en 14 entidades federativas de un total de 32. Los problemas de coordinación saltan a la vista ante la complejidad del sistema y quienes sufren las consecuencias de una gran maquinaria burocrática son las unidades operativas, al final las responsables de dar solución a los problemas de enfermedad a nivel local, estatal y regional. El proceso de descentralización de los servicios de salud tiene que empezar por plantearse la dotación de un mayor volumen de recursos para el área de salud a los gobiernos locales, completar el proceso en el resto de las entidades federativas, plantearse mejores estrategias de coordinación entre las unidades del sistema de salud a población abierta y las unidades de la seguridad social y dar un paso adelante descentralizando más capacidades a las unidades de ejecución, es decir a los hospitales para garantizar una mayor efectividad en la atención del proceso salud-enfermedad.

f) Avances del Proceso de Descentralización

En los ochenta, la descentralización de la vida nacional constituyó una tesis rectora del Gobierno de la República. En el área de salud, este proceso originó profundas transformaciones, tales como la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud y el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud.

La instrumentación de este proceso derivó en resultados concretos a partir de mayo de 1985, cuando se firmó el primer Acuerdo para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado de Tlaxcala; en 1987, se concluyó esta etapa, que comprendió la descentralización de los servicios de salud a 14 estados de la República. En los siguientes años, el avance fue significativo con respecto a la transferencia de facultades, pero escaso en lo relativo al traspaso de recursos.

Aunque en los últimos diez años se han producido diversas transformaciones en el campo de la salud, que han dado lugar a un proceso descentralizador, aun falta la integración orgánica y operativa de los servicios de salud en 17 entidades federativas. Al mismo tiempo, se requiere de un impulso significativo de transferencia de facultades jurídicas, programáticas y, sobre todo, de recursos, a los 14 estados descentralizados durante los años ochenta.

El Sistema Nacional de Salud ha avanzado en los aspectos de coordinación, ha modernizado su infraestructura y funcionamiento, y ha enfrentado exitosamente los daños a la salud. Sin embargo, las limitaciones estructurales y funcionales de los servicios de salud para población abierta, aunadas a la dispersión de la población rural y otros factores culturales, impiden aun la cobertura de alrededor de diez millones de habitantes.

Por otro lado, persisten los esquemas centralizados que mantienen en la autoridad sanitaria federal, competencias que pueden ser conferidas a las estatales, de tal forma que posibiliten la toma de decisiones a quienes tienen la responsabilidad directa de resolver los problemas en los sitios donde se generan.

IV. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

A partir de 1983, México ha desarrollado un profundo proceso de ajuste y cambio estructural en el Estado y en su relación con la economía. En este sentido, la reestructuración en la prestación de los servicios de salud y el cambio en las modalidades de su financiamiento se han convertido en los temas cruciales para generar un proceso de modernización en este sector.

En los últimos años, se han dado procesos de ajuste y cambio estructural en los sistemas económicos. En especial, el ajuste económico se refleja en una nueva modalidad de gestión de la salud que plantea un nuevo papel del Estado en este sector. Resumiendo, podemos decir que, el papel del Estado en el desarrollo económico ha cambiado notablemente y esta situación se ve reflejada también en el área de la salud, en la que la intervención estatal, sobre todo en materia de financiamiento, ha disminuido mucho.

La innovación en el financiamiento a la salud, tiene alcances globales y hace sentir su efecto en variables básicas de los servicios de salud, como: costos de producción, costos de capital, calidad, eficiencia y toma de decisiones. En el sector salud, es importante destacar el papel que desempeña la innovación en los procesos científicos y técnicos.

La noción de innovación adquiere mayor complejidad en el caso de la salud, en la que los servicios y los bienes son producidos y financiados por los sectores público y privado, por lo que da origen a diversas mezclas en su financiamiento y a una amplia interrelación entre éstos y la sociedad.

Así, por ejemplo, algunos servicios públicos, como la educación para la salud, son financiados con impuestos de ingresos fiscales. La complejidad de la mezcla se manifiesta también en la amplia gama de bienes y servicios cuya producción está a cargo del sector privado, pero es financiado por el Estado a través de la

compra de medicamentos, insumos y servicios. Un elemento adicional son los impuestos que los consumidores pagan al Estado en la compra de medicamentos, así como las transferencias que realiza el sector privado vía ganancias extraordinarias en sectores oligopólicos. Por último, se tiene la prestación de servicios médicos privados y públicos, donde intervienen médicos particulares, hospitales (públicos y privados) e instituciones públicas, en las que el usuario paga por el servicio, sea al sector privado, al sector público o a la seguridad social.

a) Estructura del Gasto del gobierno Federal.

La Política de gasto del Sector Público Federal⁴¹ tiene como uno de sus propósitos prever los recursos necesarios para que el Estado mexicano, cumpla con las responsabilidades que la Constitución le marca. Con estos recursos, el Estado desempeña sus funciones de defensa de la soberanía y de promoción de los intereses mexicanos en el exterior; procura e imparte la justicia, salvaguarda la seguridad interior, impulsa la infraestructura de comunicaciones y transportes; administra los recursos naturales y energéticos, fomenta el desarrollo agropecuario e industrial, y sobre todo despliega una política social para atender las demandas de bienestar personal y colectivo que los ciudadanos plantean al gobierno en las áreas de educación, salud, seguridad social, desarrollo regional, urbano, laboral y combate a la pobreza.

El manejo del gasto público es clave para el buen desempeño de estas tareas; su ajuste durante 1995 fue decisivo para incrementar un ahorro público que pudiera hacer frente a la drástica reducción de los flujos de ahorro externo y al fuerte incremento del costo financiero de la deuda interna y externa. El ajuste también hizo posible reasignar recursos y esfuerzos a los programas sociales,

⁴¹ Presidencia de la República. **Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 1998**, diciembre de 1997.

los que permitieron atenuar los efectos de la crisis. En 1996 el ejercicio del gasto contribuyó a mantener sólidas las finanzas públicas. Esta solidez ayudó a estabilizar las variables macroeconómicas lo que, aunado al fuerte impulso a la inversión pública, apoyó la recuperación de la actividad económica.

Dentro de los objetivos de la política general del gasto están: promover el crecimiento económico; elevar el bienestar de la población; fortalecer la seguridad pública así como la impartición y promoción de justicia; avanzar en el federalismo del gasto, aumentar la eficiencia, eficacia y calidad en la aplicación de los recursos públicos.

El propósito de la política social es elevar el bienestar de la población y reducir las desigualdades entre grupos sociales y regiones geográficas. Por lo tanto, se requiere asignar mayores recursos a los programas sociales para desarrollar permanentemente las capacidades productivas y en especial apoyar a los grupos en pobreza extrema para que puedan incorporarse a los beneficios del desarrollo. Orientada por estos propósitos, la política de gasto propone: dar preferencia a los programas, actividades institucionales y proyectos relacionados con las demandas de la sociedad en: educación, salud, seguridad social, empleo, nutrición y vivienda; así como dar especial prioridad a la atención de los grupos de escasos recursos para elevar su bienestar y su nivel de ingresos por medio de la atención integral de sus necesidades de alimentación, salud y educación creando fuentes de empleo y oportunidades de acceso a la infraestructura social. **(Ver cuadro No. X)**

Una demanda creciente de la sociedad es elevar la calidad y la cantidad de los bienes y servicios públicos sin aumentar los recursos presupuestarios. Para esto las dependencias y entidades necesitan transformarse en organizaciones eficientes y eficaces, orientadas a la obtención de resultados. Lo que se implica modernizar la gestión pública mediante el cambio a una cultura organizacional

en la Administración Pública Federal para superar inercias, mejorar los sistemas, instrumentos y herramientas administrativas.

b) Política de Gasto y Servicios de Salud.

En materia de salud México enfrenta hoy desafíos de mayor complejidad que en el pasado. Como hemos visto el país atraviesa por una transición epidemiológica que muestra rápidos cambios y grandes contrastes en las necesidades de la población: por un lado persisten las enfermedades que conforman un rezago epidemiológico, como las infecciosas, además de los problemas de desnutrición, ambos fácilmente prevenibles y de bajo costo de atención. Por el otro, los padecimientos crónico degenerativos emergentes y las lesiones accidentales e intencionales representan problemas crecientes, así como elevados costos en su prevención, y principalmente en su tratamiento.

El país además está en un proceso de transición demográfica. El crecimiento continuo de la población en edad productiva 15 a 64 años, y la disminución del grupo de menores de 15, han cambiado en los últimos años la distribución por edades de la población; ello junto con el incremento del grupo de 65 años y más, plantea modificaciones en la demanda de servicios de salud. También debe tomarse en cuenta que la dispersión geográfica de la población plantea retos adicionales para llevar los servicios a todos los mexicanos. En 1995 de los 91.2 millones de habitantes del país que se distribuían en 201,138 localidades, más de 24 millones vivían en 198,311 localidades de menos de dos mil 500 habitantes.

Como se puede advertir, los retos para el sector salud precisan de una respuesta acorde a la magnitud y complejidad que plantean la transición demográfica, la epidemiológica y la dispersión poblacional. **El nuevo presupuesto tiene dentro de sus objetivos seguir avanzando en una estrategia basada en aumentar la capacidad de respuesta institucional,**

elevar la calidad de atención, ampliar la cobertura de servicios (principalmente hacia la población abierta) y fortalecer la participación de las autoridades estatales a través de la descentralización de mayores recursos y responsabilidades, mediante la utilización de nuevos mecanismos para la transferencia de recursos a las autoridades competentes.

Dentro de las acciones de salud, cobra particular importancia el propósito de disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años y fortalecer las acciones de salud reproductiva. En el presente año se propone reforzar cada una de estas acciones con el fin de disminuir hacia el año 2000 la mortalidad de los menores de cinco años y la materna en cerca de 28 y 49 por ciento respecto a 1995, así como alcanzar una cobertura de vacunación por lo menos de 97 por ciento de la población objetivo.

A su vez destaca como prioridad para 1998 atenuar la tendencia ascendente observada en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas: resulta imprescindible la difusión entre la población de los factores condicionantes de cardiopatías y diabetes mellitus, padecimientos que representan la primera y cuarta causas de mortalidad respectivamente, aunada al fortalecimiento de las acciones de diagnóstico, tratamiento y control. De igual forma se reforzarán los programas encaminados a la disminución y control de tumores malignos, así como la prevención de accidentes y lesiones, segunda y tercera causas de muerte en el país respectivamente.

Aumentar la capacidad de atención de las instituciones del sector salud, poner a su disposición un mayor número de recursos humanos con mejores niveles de ingreso, ampliar la cobertura de atención, sobretudo a localidades dispersas y zonas marginadas, y fortalecer un proceso de descentralización acompañado de una amplia base y participación comunitaria, constituye un esfuerzo de sociedad

y gobierno que se traduce en una propuesta significativa de recursos hacia este sector.

La atención permanente de la salud, la nutrición y los apoyos directos al ingreso familiar actúan rápidamente sobre las condiciones de vida de la familia, en tanto que los frutos alcanzados gracias a un crecimiento sostenido de la economía y de un mayor nivel educativo se observan a mediano plazo, traducidos en mayores posibilidades de acceder a empleos mejor remunerados.

c) Reformas de la Seguridad Social.

La provisión de los servicios de salud a la población y el goce de las prestaciones sociales requieren un permanente fortalecimiento de la capacidad de atención de las instituciones, de un proceso continuo de descentralización de estos servicios y del mantener actualizados los beneficios a que tienen derecho los trabajadores del país, a través del afianzamiento a los cambios derivados de los ordenamientos legales que les rigen.

Con el gasto y presupuesto para las dependencias, organismos y programas federales en estos renglones y con los apoyos previstos para las entidades federativas, se otorgará atención a la salud para 90 millones de mexicanos, por lo que de manera conjunta 96.0 por ciento de la población contará con la cobertura de servicios, frente al 89.0 por ciento que se cubría al inicio de la actual administración.

En 1998 el proyecto de presupuesto de Egresos incluye el costo anual de la nueva Ley del Seguro Social, luego de su entrada en vigor el 1º de julio de 1997. **Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), este esquema legal representa el soporte que garantiza su viabilidad financiera e institucional acorde con los retos que le plantea la demanda de una población creciente**

en número y en necesidades. Asimismo, determina una modificación en su organización de tal forma que hoy en día cada seguro se administra presupuestaria, contable y financieramente por separado. Y se prevé la constitución de reservas para cada ramo de seguro.

Asimismo, como resultado de la propia Ley, hay una distinción entre los recursos que tiene y administra el propio IMSS y los recursos adicionales que se erogan en materia de seguridad social, en especial las aportaciones a las cuentas individuales de los trabajadores que tanto el Gobierno Federal como los patrones deben canalizar directamente a las Administradoras de Fondos para el Retiro, Afores.

El total de estas aportaciones tripartitas para todos los ramos de aseguramiento que contempla la Ley ascenderá a 112. 415.3 millones de pesos en 1998, que superan en 21.199.9 millones a las de 1997, y significan 36.8 por ciento más que los recursos que generaría el anterior ordenamiento.

Dentro del nuevo esquema de seguridad social, cobran especial importancia las aportaciones del Gobierno Federal. Corresponde a este cubrir 42,6 por ciento de los ingresos que se prevé captará el Instituto en todo el año. De manera adicional estarán las aportaciones que canalizará directamente a las cuentas individuales de los trabajadores para el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Como resultado de la nueva Ley, asciende a 43,376.1 millones de pesos, lo que significa 12 veces más de lo que hubiera correspondido aportar bajo el esquema legal anterior. En tanto, este monto significa un costo adicional respecto de lo erogado en 1997, de 0.5 por ciento del Producto Interno Bruto, así como un gasto anual permanente equivalente a 1.1 por ciento del mismo.

La reforma a la Ley del Seguro Social constituye una medida de carácter redistributivo, a favor de la población trabajadora, en especial la de menores ingresos. Por una parte las aportaciones a sus cuentas individuales propiciarán para ellos y sus familias un nivel de ingreso y consumo estables a futuro. Por otra la reducción de las contribuciones de los trabajadores en activo al Seguro de Enfermedades y Maternidad significa un incremento a sus percepciones netas actuales. **(Ver cuadro No. XI)**

Con el anterior sistema de aportaciones los fondos constituidos para financiar el esquema de pensiones y jubilaciones de la población derechohabiente, en activo o en retiro no permitían asegurar su financiamiento a largo plazo. A fin de resolver este problema se tomaron dos medidas relevantes: en primer lugar las pensiones en curso de pago serán cubiertas por el Gobierno Federal. En segundo, se cambió el sistema de reparto anual de contribuciones de los trabajadores en activo, por otro basado en la individualización de los fondos para el retiro a nombre de cada trabajador.

El impacto de estas dos acciones significa casi duplicar el total de contribuciones tripartitas para el financiamiento de las pensiones y jubilaciones actuales y futuras. Durante el presente año se destinarán a las cuentas individuales 27,323.4 millones de pesos: la aportación del patrón ascenderá al 60.4 por ciento; la del Gobierno Federal será de 26.1 por ciento; y a los trabajadores les corresponderá el 13.5 por ciento. Con ello, por cada peso que el trabajador deposita en su cuenta individual, el empleador deposita más de cuatro y el gobierno casi dos. Adicionalmente, al considerar 19,515.9 millones de pesos aportados por el Gobierno Federal para cubrir la nómina de pensiones en curso de pago correspondiente a 1.7 millones de pensionados, y 10,049.3 millones de pesos para adquirir los seguros que garanticen el pago de las pensiones que establece la Ley, suma asegurada, se canalizará al esquema completo de pensiones del Seguro Social, un total de 56,888.6 millones de pesos que

representa un incremento de 92 por ciento, en términos reales, respecto a la Ley anterior.

Asimismo, el paso de un sistema colectivo a otro basado en cuentas individuales capitalizables tiene no sólo una gran trascendencia macroeconómica sino que además, conlleva un importante impacto redistributivo a favor de la población con menores expectativas de ingreso. En efecto, en el anterior sistema los trabajadores que no llegaban a la edad de retiro, o que se encontraban en estado de conservación de derechos, perdían el derecho a recibir una pensión, problema que afectaba sobretudo a las mujeres que se retiran del mercado laboral y a los trabajadores de baja escolaridad que encontraban mayores dificultades para mantener un empleo en el sector formal de la economía.

Por otro lado, en el marco del nuevo ordenamiento, las aportaciones tripartitas al Seguro de Enfermedades y Maternidad aumentan respecto al esquema anterior, y al mismo tiempo cambia la composición por aportante. Destaca de manera significativa el incremento de las obligaciones a cargo del Gobierno Federal. Este contribuyente con una cuota diaria por cada trabajador equivalente al 13.9 por ciento del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, independientemente de su nivel salarial, por lo que dichas aportaciones representan una mayor proporción para los cotizantes de más bajos ingresos, como porcentaje de los salarios, señalando nuevamente el carácter redistributivo de la Reforma.

En este seguro, el Gobierno Federal aumenta su participación en el financiamiento del 5.6 al 37.5 por ciento, al canalizar recursos por 15,937.4 millones de pesos frente a los 2,216.0 millones a que estuviera obligado con la Ley anterior: el aumento tan significativo de las aportaciones federales permite en contraste, disminuir la contribución de los trabajadores y en menor medida la de las empresas. Así, un trabajador con un salario mensual equivalente a tres salarios mínimos, aproximadamente 2,713.8 pesos a precios de 1998, estaba

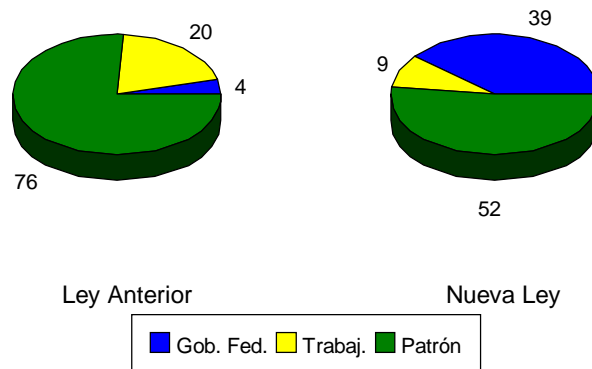
obligado a contribuir con el 3.1 por ciento de su salario al Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo que representa una aportación mensual de 84.81 pesos. Con la Ley en vigor, su contribución disminuye al 0.25 por ciento del salario base de cotización, es decir, bajo el nuevo esquema debe aportar 6.78 pesos mensuales, por lo que su ingreso neto se incrementa en 78.02 pesos, equivalente a un 2.9 por ciento de ingreso neto adicional. De la misma manera, para quien tenga un sueldo mensual de 25 salarios mínimos, su ingreso neto aumenta en 1.1 por ciento. **(Ver cuadro No. XII)**

Los trabajadores de más bajos salarios reciben mayores beneficios, si bien las aportaciones de los trabajadores a este Seguro dentro de la nueva Ley disminuyen en 69.7 por ciento en promedio, dicha disminución es de 92 por ciento para aquellos con ingresos de hasta tres salarios mínimos en comparación con el 35.7 por ciento que representa para los que tienen percepciones de 25 y más veces el salario mínimo.

Como resultado del menor gasto asociado al Seguro de Enfermedades y Maternidad, las empresas dispondrán de 3.820.7 millones de pesos respecto del costo del anterior ordenamiento. Ello les permitirá contar con recursos adicionales para la modernización de sus procesos o para la inversión a fin de incrementar su productividad, lo que se verá reflejado en la generación de empleo y en mejores salarios para los trabajadores.

Cabe señalar que del total de recursos adicionales que el Gobierno Federal canaliza al Seguro de Enfermedades y Maternidad, con motivo de la nueva Ley, esto es el 13,721.4 millones de pesos, el 48.8 por ciento está asociado a una transferencia directa de ingresos a favor de los trabajadores mientras que el 27.9 por ciento corresponde a la reducción de las aportaciones por parte de las empresas, asociado a su menor costo laboral. El resto, 23.3 por ciento significa un incremento neto adicional a dicho ramo por parte del Gobierno Federal.

Ley del Seguro Social Estructura de Ingresos por Aportante



Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, 1998.

Los cambios a la Ley del Seguro Social generaron un incremento sustancial en los recursos para el financiamiento del conjunto de las obligaciones, al tiempo que redujeron la participación del trabajador a la mitad de lo que hubiera prevalecido en la Ley derogada y del patrón en un tercio, mientras que las aportaciones del Gobierno Federal aumentaron casi diez veces, al pasar del 4 al 39 por ciento.

Posteriormente se da a conocer el Programa de Reforma del Sector Salud, en donde se establece: “el modelo de Sistema de Salud separa artificialmente a los grupos de población y los divide de una forma que no corresponde a sus características geoeconómicas. El modelo debe organizarse entonces con base en una nueva lógica. En donde el nivel de ingresos haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios,

debe ampliarse la seguridad social, con independencia de si esta población pertenece o no a la economía formal”⁴²

d) Balance de la Política de Gasto.

La política de gasto descrita anteriormente implica varios cambios:

El primero sin duda es la consideración que el combate de las desigualdades solo es posible invirtiendo en el “desarrollo del capital humano”, esta tesis - también se aplica en países como EE.UU. - tiene una serie de implicaciones en un país multiétnico y multicultural como es México, en donde los antecedentes comunitarios son vastos.

El segundo es sin duda el giro alrededor de la seguridad social, la cual estaba fundamentada en la solidaridad social, de allí las críticas a la nueva Ley del IMSS. Respecto a la solidaridad existente en el esquema anterior la Dr. Asa Cristina Laureel (Medicina Social UAM - Xochimilco) ha señalado: “El esquema propuesto rompe con los dos principios básicos de la seguridad mexicana: se transita de fondos comunes, colectivos, a fondos individualizados. Lo que quiere decir que se pasa de una concepción solidaria, en donde todos pagamos a un fondo según nuestros ingresos, y tenemos derechos y beneficios de ese fondo según nuestras necesidades. Eso es muy claro en los servicios médicos, pero también en términos de que hay una solidaridad intergeneracional, de los que tienen mas a los que tienen menos. Es un sistema solidario con un efecto redistributivo.”⁴³

Por su parte el ex- director del IMSS Ricardo García Sainz, refiriéndose a la solidaridad del sistema indicó: “Ese principio consiste en que todos estemos dispuestos a compartir riesgos y beneficios. La solidaridad debe darse no sólo

⁴² Programa de Reforma del Sector Salud 1996-2000. p.19.

⁴³ Revista *Proceso*, N° 992, 06/XI/95.

entre individuos, sino también entre las distintas regiones del país, con sus distintos niveles de desarrollo. También una solidaridad entre las generaciones, de tal manera que haya apoyo de las anteriores a las futuras, y la posibilidad de desplazar cargas a las generaciones futuras, que no pueden ser cubiertas plenamente por las actuales. Este es el eje conceptual básico de la seguridad social. También es un instrumento redistribuidor de la riqueza. Tiene un carácter de obligatoriedad”.⁴⁴

Por último, la descentralización de la infraestructura de la Secretaría de Salud que comprende más de 11 mil clínicas y hospitales, 35 mil médicos, 53 mil enfermeras y 19 mil empleados en distintas áreas ampliará la distancia entre entidades federativas con alto grado de urbanización respecto a las de bajo grado. Además de que en algunas entidades habrá escasez de candidatos a las residencias médicas.

Estas tres cuestiones permiten suponer que los retos en materia de salud y de seguridad social continuarán y asumirán nuevos rostros por las características Regionales y locales del país.

⁴⁴ Revista *Proceso* N° 993, 13/XI/95.

ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO QUE GUARDA LA EQUIDAD, LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Actualmente seguimos enfrentando retos para lograr la equidad en salud, es por esto que se siguen redoblando esfuerzos para llegar al objetivo, en este sentido mencionare de lo que hasta ahora se esta haciendo para lograr el tan esperado desarrollo en cuanto a salud se refiere. El Plan Nacional de desarrollo 2000-2006, establece que para mejorar la salud de la población es necesario crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y su capacidad económica. También se cree que el financiamiento es uno de los grandes retos que sigue enfrentando la Administración Federal, y de alcanzar este reto también se lograra alcanzar la equidad. Actualmente, en México se destina el 5.6 por ciento del Producto Interno Bruto PIB al gasto en salud.

Comparado con otros países similares en desarrollo económico, el gasto en salud es superior al de Venezuela, pero inferior al de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Para abatir lo anterior y como prioridad se creo PROCEDES (programa de financiamiento estratégico para la equidad con calidad y desarrollo dentro de un marco de innovación en salud).

El programa estratégico del PROCEDES, se basa actualmente en premisas del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de la salud (PRONASA), que a su vez se inscribe en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social CONTIGO, del Gobierno Federal.

Teniendo las siguientes premisas:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una autentica igualdad de oportunidades.

- La protección de la salud es un valor compartido por prácticamente toda la sociedad, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas.

El nuevo proyecto PROCEDES, apoyado con co-financiamiento internacional, federal y de los estados, debe garantizar la estructuración de planes esenciales de salud, que añadan intervenciones de alto costo / efectividad a lo considerado en el paquete básico de servicios de salud.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

- 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
- Tratamiento antiparasitario a los familiares
- Manejo de infecciones respiratorias agudas
- Prevención y control de tuberculosis Pulmonar
- Prevención y control de la hipertensión arterial y diabetes
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
- Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud

En este contexto, el PROCEDES es un camino para lograr algunos objetivos que plantearon en el Plan Nacional de Desarrollo 2001- 2006.

- Abatir la desigualdad en salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

A pesar de lo anterior no se cubrieron las metas al 100% en materia de cobertura, ya que se encontraron algunos obstáculos como: poblaciones rurales muy dispersas con poblaciones menores a 200 habitantes, tampoco se contempló el desarrollo de programas que tomaron en cuenta, las características culturales de la población indígena, ni las condiciones de estigma social a ciertos grupos de alta vulnerabilidad y mayor rezago. Por lo anterior, se sigue sin lograr la equidad.

Se ha expresado en la distribución de recursos públicos para la salud en las entidades federativas. El PROCEDES, con base en los lineamientos generales y fórmulas de asignación de recursos financieros, contribuirá a disminuir esta disparidad a favor de las entidades y municipios con mayor población y menor índice de bienestar, que se han caracterizado por un desarrollo económico frágil que obstaculiza la adecuada captación de recursos para compensar la desigualdad generada en las diferentes regiones.

Otro de los temas importantes para lograr la equidad es el proceso de descentralización de los servicios de salud, el cual se encuentra también con dificultades como ineficiencia administrativa, tanto en las áreas centrales de la Secretaría de Salud, como en aquellas que han adoptado responsabilidades en cada una de las entidades federativas.

Todavía existe un marcado centralismo en las instituciones de salud, que limita considerablemente la eficiencia de su operación, de lo anterior se desprenden cuando menos cuatro problemas:

- Baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos.
- Definición poco precisa de responsabilidades

- Burocratismo que entorpece las acciones y los procesos. (Esto limita la efectividad, y oportunidad de las acciones que podrían ejecutarse de manera más eficaz si las decisiones se toman de manera local).
- Inercia en las decisiones de asignación de gasto entre los estados.

En virtud de lo anterior, y en consistencia con los nuevos programas, se busca lograr la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la Población Abierta a través de la Secretaría de Salud y del IMSS-SOLIDARIDAD y demás instituciones. Esta descentralización no implicará la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero si se busca una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas para el establecimiento de las metas y la conservación de los objetivos en el que destaca, “llegar a la equidad de la atención en salud para Población Abierta”.

Y a manera de resumen el siguiente cuadro titulado:

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Nuestro análisis ha puesto de relieve que el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud debe empezar por fortalecer la disponibilidad de recursos sanitarios a nivel de las entidades federativas atendiendo a una perspectiva de equidad, con el propósito de eliminar los rezagos históricos de algunas regiones cuyos índices se han mantenido bajos y dónde los problemas de salud ligados al subdesarrollo continúan prevaleciendo.

Junto con las políticas de salud en sentido estricto, se requiere de políticas saludables en todos los ámbitos de la actividad pública y privada. Además del acceso universal a servicios específicos de alta calidad, las acciones para mejorar la salud abarcan la alimentación, la educación, el empleo pleno y seguro, la vivienda digna, el suministro de agua potable y drenaje, un medio ambiente libre de contaminación, las oportunidades de recreación y la participación política democrática.

Es necesario que el Sistema de Salud mejore al máximo las condiciones de salud de la población, reduciendo las desigualdades, conteniendo los costos, satisfaciendo a los usuarios y creando buenas condiciones de trabajo para los prestadores de servicios.

En el sector salud es especialmente necesario que la autoridad central sea capaz de monitorear las acciones de las autoridades locales, con el fin de mantener la equidad en el ámbito nacional en cuanto a la satisfacción de necesidades de salud básicas, y un acceso justo a los servicios de salud.

El marco de leyes y regulaciones que dan sustento a la descentralización del sector debe servir como base para la definición del espacio de decisiones y el mapeo político al nivel nacional y regional, que permitan un análisis estructurado

de las estrategias a seguir en la formación de consejos entre los diferentes grupos vinculados con la promoción de la salud.

Tomando como base que la equidad puede definirse como el hecho de tener la misma oportunidad de acceso a los servicios ante una misma necesidad de salud, se hace necesario redoblar los esfuerzos para cumplir con el objetivo de equidad para todos.

Junto a estas tres asignaturas pendientes hay que enfocar los nuevos problemas que esta planteando la inequidad, la insuficiente infraestructura y formación del personal médico, la transición epidemiológica y en general la transición hacia un nuevo modelo sanitario orientado por una óptima prestación de los servicios, con alcance universal, eficiencia y efectividad.

En cuanto a descentralización se refiere se debe profundizar con el fin de cubrir a la totalidad de entidades federativas, poniendo especial énfasis en la dotación de recursos suficientes para atender sus atribuciones en la gestión de las políticas sanitarias. Pero debe quedar claro que el proceso no se puede detener aquí, sino que debe avanzar incluso al terreno del nivel aplicativo, dotando de mayor autonomía a los hospitales evitando que la pirámide burocrática afecte la atención adecuada del proceso salud-enfermedad.

Es posible reconocer que algunos de los planteamientos teóricos de la descentralización del sector salud en México han sido los correctos y han contemplado la mayor parte de los aspectos recomendados en la teoría de la descentralización en salud, hay que señalar que parece haber existido una falta importante de voluntad política para incorporar a todos los miembros del Sistema de Salud en el proceso, y se han enfrentado obstáculos significativos por el conflicto de intereses entre instituciones.

En lo que se refiere al financiamiento también es necesario descentralizar parte del gasto y, paralelamente modernizar las estructuras hacendarias de las entidades federativas para que cuenten con nuevas fuentes de recursos que les permitan asumir plenamente sus atribuciones dentro del modelo de descentralización a población abierta, así como las nuevas demandas que surgen a nivel social, en las entidades con mayor pobreza, como son Chiapas, Oaxaca, Guerrero, etc.

El centro de la problemática que se ha analizado en este trabajo es el financiamiento y la necesidad de una nueva gestión pública del mismo. El problema es conseguir el respaldo financiero necesario para la expansión sustancial de los programas cuya particular importancia se ha reconocido.

ANEXOS

Cuadro N° 1

Instituciones de Salud

	SSA	IMSS	ISSSTE	IMSS Solidaridad	OTRAS
Beneficios	Servicios Personales (Tres niveles) Salud Pública	Servicios Personales (Tres niveles) Salud Ocupacional	Servicios Personales (Tres niveles)	Atención de primero y segundo nivel	Servicios Personales (Tres niveles)
Cobertura	Población en general (abierta)	Trabajadores asalariados, asegurados y sus familias	Trabajadores al servicio del Estado, asegurados y familiares	Población en general de escasos recursos	Trabajadores de las fuerzas armadas, PEMEX, asegurados y familiares

Fuente: Carrasco, Ruiz y Provencio, P. 109.

Cuadro No. II

Distribución de los Servicios de Salud por Institución

Concepto	Total %	Secretaría de Salud	IMSS	ISSSTE	IMSS Solidaridad	Otros
Vacunación	100.0	47.2	39.0	03.8	08.9	01.1
Esquemas completos	100.0	48.5	25.9	04.9	19.3	01.4
Educación para la salud	100.0	61.0	9.5	-	23.1	06.4
Planificación familiar	100.0	41.4	37.8	06.8	14.0	-
Hospitalización	100.0	24.7	52.6	08.7	03.5	10.5
Medicina Interna	100.0	12.3	66.2	10.4	02.0	09.1
Cirugía	100.0	17.2	60.1	11.0	02.1	09.6
Gineco Obstetricia	100.0	26.9	52.7	08.7	05.6	06.1
Pediatría	100.0	19.7	61.0	08.3	02.8	08.2
Intervenciones quirúrgicas	100.0	21.8	58.5	09.0	02.9	07.8
Nacimientos atendidos	100.0	24.5	60.2	05.2	05.2	04.9

Fuente: Carrasco, Ruiz y Provencio, p. 109.

Cuadro N° III

Cuadro: Principales Indicadores Demográficos por Entidad Federativa

Entidad Federativa 1/	Tasa Bruta de Mortalidad 1/	Tasa de Mortalidad Infantil 1/	Tasa Global de Fecundidad 1/	Tasa Bruta de Natalidad 1/	Esperanza de Vida 2/	Nivel de Bienestar 3/
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	5.3	32.5	3.1	26.6	70.3	
AGUASCALIENTES	4.9	27.5	3.0	25.6	71.8	6
BAJA CALIFORNIA	4.6	20.3	2.7	24.0	71.3	6
BAJA CALIFORNIA SUR	4.7	22.5	2.9	25.7	71.8	6
CAMPECHE	5.5	35.7	3.4	27.9	72.3	2
COAHUILA	4.8	24.5	2.8	24.4	71.9	6
COLIMA	5.1	26.3	3.0	25.3	70.0	6
CHIAPAS	6.6	48.2	3.9	31.2	67.0	1
CHIHUAHUA	5.0	26.3	3.1	25.7	70.3	6
DISTRITO FEDERAL	4.4	19.0	2.4	21.6	73.7	7
DURANGO	5.4	34.4	3.4	27.1	71.8	3
GUANAJUATO	5.6	38.5	3.4	28.0	69.8	3
GUERRERO	5.9	43.1	3.6	28.2	67.9	1
HIDALGO	5.9	40.0	3.7	29.2	66.6	2
JALISCO	5.0	28.0	3.0	25.3	71.4	6
MEXICO	4.9	28.6	3.1	27.2	70.7	6
MICHOACAN	5.6	36.8	3.4	27.4	69.2	3
MORELOS	5.2	30.6	3.1	25.9	71.1	6
NAYARIT	5.2	31.9	3.3	26.4	72.6	4
NUEVO LEON	4.2	19.1	2.6	23.3	74.5	7
OAXACA	6.5	46.4	3.9	29.6	62.8	1
PUEBLA	5.9	38.8	3.5	27.6	66.6	2
QUERETARO	5.6	36.2	3.4	28.5	68.9	4
QUINTANA ROO	4.5	32.4	3.3	29.9	71.7	5
SAN LUIS POTOSI	5.4	35.0	3.4	27.2	71.3	2
SINALOA	5.0	30.2	3.3	27.0	72.4	4
SONORA	4.8	23.0	2.9	24.7	70.6	6
TABASCO	5.4	33.6	3.5	29.2	68.2	2
TAMAULIPAS	4.6	24.0	2.9	25.1	71.8	6
TLAXCALA	5.4	34.2	3.2	26.1	68.2	4
VERACRUZ	5.7	37.8	3.6	29.3	69.8	2
YUCATAN	5.5	38.4	3.4	27.3	71.2	2
ZACATECAS	5.8	40.7	3.6	28.2	71.8	3

Nota: tasa de mortalidad estandarizada

- tasas por mil

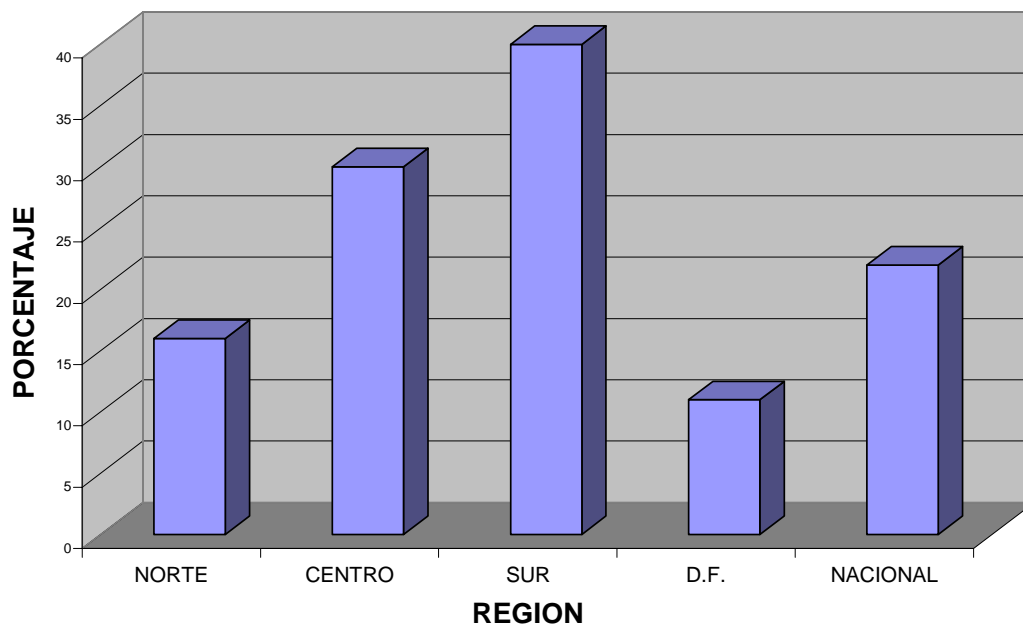
Fuente: 1/SSA.CEPS Estimaciones demográficas de 1992 (mimeo)

2/SSA.DGEIE Estadísticas Vitales, 1992

3/INEGI Niveles de bienestar en México, 1994. Entre mayor sea el número, mayor es el nivel de bienestar alcanzado.

Cuadro N° IV

PREVALENCIA DE RETARDO SEVERO EN TALLA* EN EL PAIS Y POR REGION

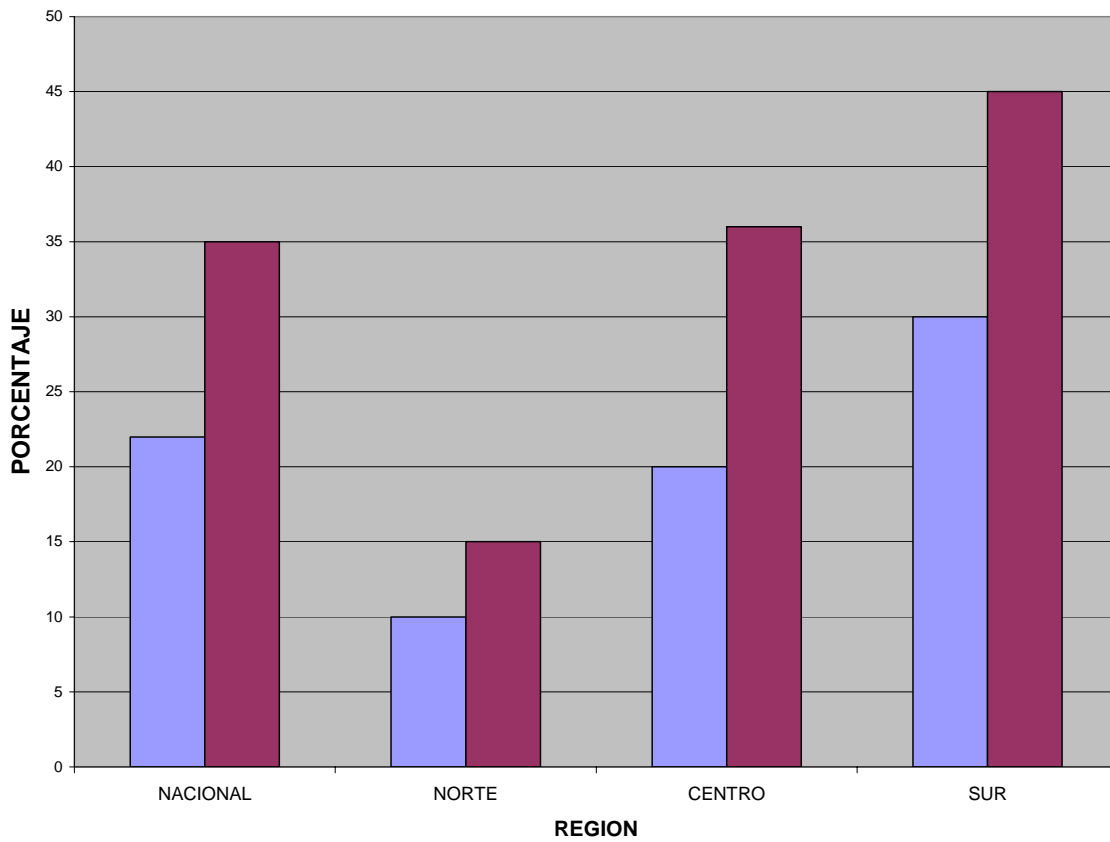


*Puntaje Z talla/edad menor de -2

Fuente: S.S.A. Nutrición y Salud. Un menú para la familia. Serie Problema Presicionales, Cuaderno de Salud, N° 5, México, 1994*.

Cuadro N° V

PREVALENCIA DE RETARDO SEVERO EN TALLA* SEGÚN DISTRIBUCION EN MUNICIPIOS URBANOS O RURALES EN EL PAIS Y POR REGION.



Fuente: SSA, Nutrición y Salud. Un menú para la familia. Serie Problemas Presicionales, Cuadernos de Salud, N° 5, México, 1994.

Cuadro N° VI

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, INTESTINALES E INFECCIOSAS RESPIRATORIAS AGUDAS, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	14191	16.4	20829	24.0
AGUASCALIENTES	76	9.8	97	12.5
BAJA CALIFORNIA	137	7.4	328	17.6
BAJA CALIFORNIA SUR	19	5.6	38	11.1
CAMPECHE	110	19.4	70	12.4
COAHUILA	124	5.9	291	13.9
COLIMA	50	10.8	61	13.2
CHIAPAS	1790	52.4	857	25.1
CHIHUAHUA	167	6.3	527	19.9
DISTRITO FEDERAL	639	7.5	2142	25.3
DURANGO	69	4.8	167	11.7
GUANAJUATO	858	20.2	1429	33.6
GUERRERO	614	22.2	235	8.5
HIDALGO	263	13.1	585	29.1
JALISCO	490	8.6	1340	23.6
EDO. MEXICO	1969	18.3	4389	40.7
MICHOACAN	475	12.6	633	16.7
MORELOS	188	14.5	185	14.2
NAYARIT	58	6.6	103	11.8
NUEVO LEON	133	4.0	556	16.7
OAXACA	1741	54.4	841	26.3
PUEBLA	1479	33.6	1929	43.9
QUERETARO	204	17.9	343	30.1
QUINTANA ROO	51	9.2	70	12.7
SAN LUIS POTOSI	302	14.2	542	25.4
SINALOA	127	5.4	186	8.0
SONORA	204	10.6	340	17.7
TABASCO	189	11.9	242	15.2
TAMAULIPAS	119	4.9	308	12.7
TLAXCALA	179	21.9	381	46.6
VERACRUZ	989	14.9	939	14.2
YUCATAN	222	15.3	321	22.2
ZACATECAS	148	10.9	314	23.2
EXTRANJERO	8		40	

TASA* POR MIL HABITANTES

Fuente: SSA. La mortalidad en México, Registro, Estructura y Tendencias, Serie: Información en Salud. Cuadernos de Salud, México, 1994.

CUADRO No. VII

**CUADRO: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE 6 AÑOS Y MAS POR EDAD
DESPLEGADA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, 1990.**

Edad	Población de 6 años y mas	Sin Instrucción Primaria	Con Primaria Incompleta	Con Primaria Completa	Con Instrucción Posprimaria
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	100.0	14.4	34.2	17.2	34.2
6 AÑOS	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
7 AÑOS	100.0	11.3	88.7	0.0	0.0
8 AÑOS	100.0	6.9	93.1	0.0	0.0
9 AÑOS	100.0	4.5	95.5	0.0	0.0
10 AÑOS	100.0	4.3	95.7	0.0	0.0
11 AÑOS	100.0	3.3	96.5	0.1	0.0
12 AÑOS	100.0	3.5	50.4	4.1	0.0
13 AÑOS	100.0	3.3	28.9	26.3	41.5
14 AÑOS	100.0	3.5	18.8	22.3	55.5
15-19 AÑOS	100.0	3.8	12.3	19.6	64.3
20-24 AÑOS	100.0	5.5	14.0	19.0	61.5
25-29 AÑOS	100.0	7.6	18.7	20.7	53.0
30-34 AÑOS	100.0	9.2	23.6	23.2	44.0
35-39 AÑOS	100.0	3.2	28.5	22.7	35.7
40-44 AÑOS	100.0	17.1	32.4	21.0	29.5
45-49 AÑOS	100.0	22.3	36.0	19.1	22.6
50-54 AÑOS	100.0	25.9	37.4	18.2	18.6
55-59 AÑOS	100.0	30.0	38.2	16.6	15.3
60-64 AÑOS	100.0	35.7	36.1	15.0	13.2
65 Y MAS AÑOS	100.0	43.5	32.9	13.5	10.1

Fuente: INEGI XI Censo General de Población y Vivienda

Cuadro No. VIII
INDICE DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA LA SALUD POR ENTIDAD
FEDERATIVA

Entidad	Indice 1980	Grado 1980	Indice 1990	Grado 1990
Aguascalientes	0.1507	ALTO	0.0595	MODERADO
Baja California	0.3106	ALTO	0.1424	MODERADO
Baja California Sur	1.6940	MUY ALTO	2.3351	MUY ALTO
Campeche	0.1396	ALTO	0.4448	ALTO
Coahuila	1.2619	MUY ALTO	0.6799	ALTO
Colima	0.4614	ALTO	1.1808	MUY ALTO
Chiapas	-0.8971	BAJO	-1.2117	MUY BAJO
Chihuahua	0.1493	ALTO	-0.2922	BAJO
Distrito Federal	3.7388	MUY ALTO	3.7641	MUY ALTO
Durango	-0.3271	MODERADO	-0.0421	MODERADO
Guanajuato	-0.5680	BAJO	-0.7685	MUY BAJO
Guerrero	-0.9397	BAJO	-0.8917	MUY BAJO
Hidalgo	-0.6689	BAJO	-0.5194	BAJO
Jalisco	0.0082	MODERADO	-0.2091	MODERADO
México	-1.5641	MUY BAJO	-0.8481	MUY BAJO
Michoacán	-0.8402	BAJO	-0.9167	MUY BAJO
Morelos	-0.1236	MODERADO	-0.4381	BAJO
Nayarit	-0.3322	MODERADO	0.0833	MODERADO
Nuevo León	0.8583	ALTO	0.4032	ALTO
Oaxaca	-0.8004	BAJO	-0.9643	MUY BAJO
Puebla	-0.7649	BAJO	-0.3652	BAJO
Querétaro	-0.4567	MODERADO	-0.3893	BAJO
Quintana Roo	0.8668	ALTO	0.5360	ALTO
San Luis Potosí	-0.3920	MODERADO	-0.7781	MUY BAJO
Sinaloa	0.3062	ALTO	0.0917	MODERADO
Sonora	0.5488	ALTO	0.2247	MODERADO
Tabasco	-0.3095	MODERADO	0.6551	ALTO
Tamaulipas	0.5344	ALTO	0.2484	MODERADO
Tlaxcala	-1.1572	MUY BAJO	-0.4698	BAJO
Veracruz	-0.3515	MODERADO	-0.6629	BAJO
Yucatán	0.3886	ALTO	0.0002	MODERADO
Zacatecas	-0.9336	BAJO	-0.8987	MUY BAJO

Fuente: Pamplona y Campuzano, 1991.

Cuadro IX

Recursos para la Salud

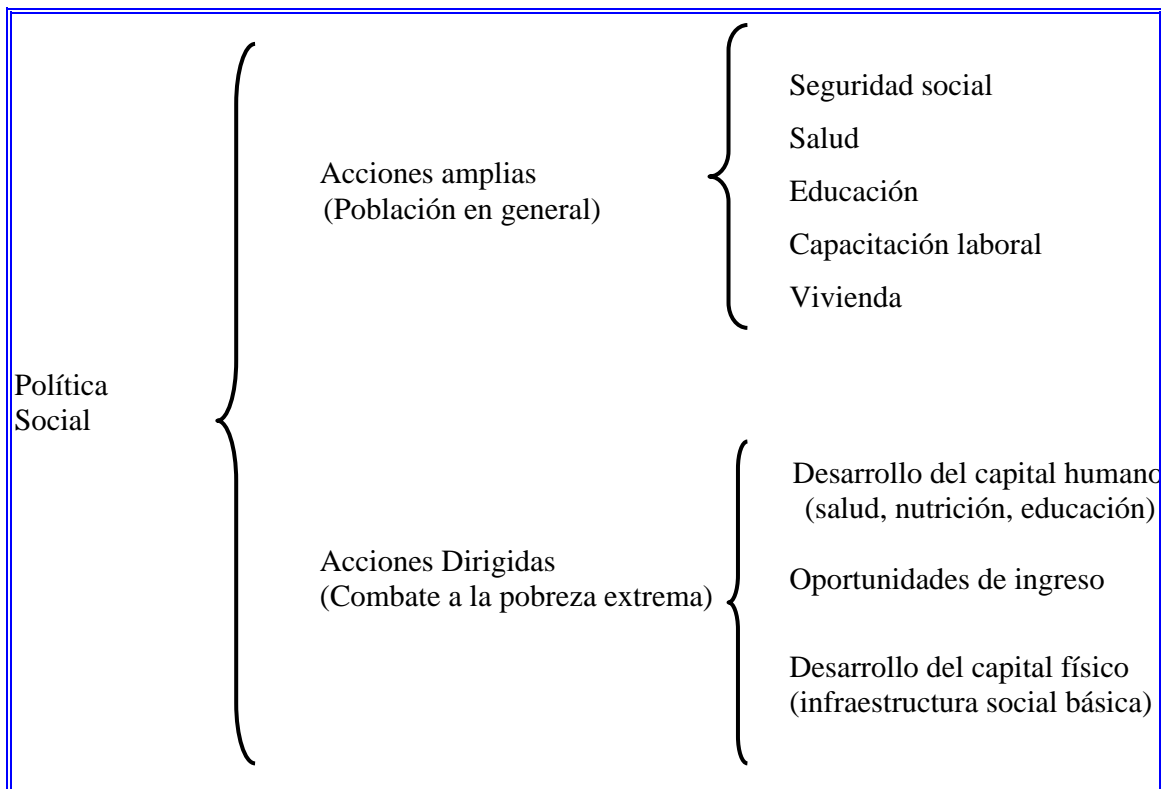
Indicadores De recursos para la salud*	1980	1990	Variación
Camas censables	7.28	7.74	6.3
Consultorios	2.36	4.26	80.1
Incubadoras	0.29	0.40	38.4
Laboratorios	0.10	0.20	105.1
Quirófanos	0.16	0.22	40.5
Médicos	6.74	10.99	63.0
Paramédicos	1.34	2.67	100.0
Enfermeras (os)	9.11	15.98	75.4

*Tasas por 10 mil habitantes.

Fuente: Pamplona y Campuzano, *Op. Cit.* p.28

CUADRO No. X

Vertientes de la política social



Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, 1998.

Cuadro No. XI

Costo de la Nueva Ley del Seguro Social para el Gobierno Federal (millones de pesos) 1998

Concepto	1/ 1997	1998	Variación Porcentual Real
a) Ley Anterior	2117.6	3585.1	64.6
Seguro de Enfermedades y Maternidad	1617.4	2216.0	46.0
Seguro de IVCM	660.2	1369.1	107.4
b) Nueva Ley	24247.6	43376.1	78.9
Seguro de Enfermedades y Maternidad	9868.7	15937.4	61.5
Cuota Social	3376.5	6392.0	89.3
Pensiones en curso de pago	9084.3	19515.9	114.8
Otros Seguros y Conceptos 2/	1918.1	1530.8	
Costo Neto Adicional por Reforma (a-b)	22070.0	39791.0	80.3

Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, 1997

Cuadro XII

Ley del Seguro Social Repercusión en el Sueldo Neto por Nivel de Ingreso.

Nivel de Percepciones en veces del salario mínimo	Aportaciones Ley Anterior	Anuales Nueva Ley (2)	Variación Absoluta Anual (3) - (
1	N.A.	N.A.	-----
2	56.5	4.5	(92.0)
3	84.8	6.8	(92.0)
4	113.1	27.1	(76.0)
5	141.3	47.5	(66.4)
10	282.7	149.3	(47.2)
15	424.0	251.0	(40.8)
20	565.4	352.8	(37.6)
25	706.7	454.6	(35.7)
Promedio ponderado	80.3	24.4	(69.7)

Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, 1998.

BIBLIOGRAFÍA.

Bertran, Magda; “La crisis de los modelos sanitarios”, en ***Ciencia y Salud***, N° 55,24 de mayo de 1997, Barcelona.

Carrasco, Rosalba, Ruiz, Clemente y Provencio, Enrique. **Sistemas de bienestar social en Norteamérica. Análisis comparado.** El Nacional, México, 1994.

CEPAL; “ Dos temas claves en América Latina: reforma de los sistemas de seguridad social y salud”, en Kliksberg, Bernardo. **Pobreza, un tema imposterizable.** FCE, México, 1993.

Frenk, Julio; “20 años de salud en México”, en ***Nexos***, N° 241, enero de 1998.
Información Obtenida varias conferencias presentadas en el **Seminario Internacional de Economía de la Salud** organizado por el Centro de Investigaciones y Docencia Económica, A. C. (CIDE) 23 DE SEPTIEMBRE DE 1998.

Miranda-Ocampo, Raúl; “La salud y la economía (1982-1992), en ***Economía Informa***, UNAM-Facultad de Economía.

Mussgrave, Philip; “La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación”, en ***Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud***, N° 95, 1983.

Narro, José; “Modelo de atención a la salud para población abierta”, en **Hacia la federalización de la salud en México.** Secretaría de Salud, México, 1996.

Pamplona, Francisco y Campuzano, Vianey; “Inequidad y rezago en las condiciones de salud. Diferencias regionales y estatales”, Secretaría de Salud, 1991 (Mimeo).

Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

Presidencia de la República, Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1998.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

Redorta- Zúñiga, Estela. “Financiamiento y Prestación de Servicios Públicos de Salud en México”. División de Administración Pública, No. 29 CIDE 1998.

Riesgo, Ignacio; “**Los problemas de la sanidad**”, Arthur Andersen – Cinco Días, Madrid, junio de 1997.

Rodríguez, Marisol; “Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad”, en **Revista de Economía**, No. 12, España, 1992.

Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1996.

Torres – Ruiz, Antonio “**Descentralización en Salud: Algunas Consideraciones para el caso de México**”, División Administración Pública Cuadernos de Trabajo, +No. 69. CIDE, 1997.

Vicente, Anaya Cadena. (coordinador) **Diccionario, Político, Gobierno y Admón. Pública Municipal**. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. 1997