



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ECONOMÍA**



**GASTO PÚBLICO FEDERAL EN EL SECTOR SALUD
(1982-2004)**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA
PRESENTA:**

GÓMEZ OLIVAS JAQUELINE JOMARA

ASESOR Mtro. CARLOS JAVIER CABRERA ADAME

CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias te doy mi Dios, mi Señor, mi Creador, mi Amigo, el fundamento de mi vida por todas las bendiciones que ha recibido hasta el día de hoy, te agradezco el poder conocerte, solo en ti he hallado la plenitud, la paz que anhelaba, en tu presencia encuentro el sentido de mi vivir, perdida estoy sin ti Señor, preciso de tu amor, me he convencido al mismo tiempo de que he comprendido que nada importa en la vida si tú no estás junto a mí.

En tu inmensa sabiduría y amor me has dado a los mejores padres que hubiera podido imaginar, gracias por permitirme honrarlos mediante esta vía; asimismo estoy agradecida por todas las experiencias vividas así como por todas las personas que he podido conocer ya que todas ellas me han permitido ser la persona de hoy día.

A ustedes, Papá y Mamá, por ser los pilares de mi vida, saben... hemos sido y somos un magnífico equipo, este logro nos pertenece, ha sido un trabajo de tres, sin su apoyo, sin su comprensión, sin su amor jamás lo hubiera logrado, gracias por creer en mí. Cada uno de sus consejos valen más que el oro para mí, los amo, nunca se los había dicho pero me siento muy orgullosa de que sean mis padres.

Wendy, a parte de ser mi hermana, has sido mi amiga, mi compañera, mi cómplice, hasta mi ayudante de tareas cuando éramos niñas, gracias por estar conmigo y por apoyarme.

Mtro. Carlos Javier Cabrera Adame mil gracias por ser mi guía durante este proceso, por su paciencia, por su comprensión y por ser un amigo .

Mi agradecimiento a los sinodales Mtro. Abelardo Aníbal Gutiérrez Lara, Mtro. Rafael Cordera Campos, Ing. Alejandro Pérez Pascual, Mtro. Leonardo Lomelí Vanegas por el tiempo invertido en la lectura de esta tesis así como por su ayuda para alcanzar este objetivo.

Agradezco a todas aquellas personas que han dado palabras de aliento a lo largo de este proceso.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los factores que detonan el crecimiento económico y que además se ve reflejado en el desarrollo. Una de las funciones más importantes del Estado es la de crear mecanismos e instituciones acordes a las necesidades de la población, tales como una determinada política pública en salud, las medidas implementadas por el estado son indispensables para que la sociedad posea una calidad de vida digna.

El plan global de desarrollo mundial, en cuanto a política de salud y seguridad social, considera el término salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia”¹. Dependiendo de la propiedad de los servicios existen dos tipos de sanidad: sanidad pública y sanidad privada.

- *Sanidad pública*: Los servicios sanitarios dependen de los respectivos gobiernos. La sanidad pública es la encargada de desarrollar las políticas de salud.
- *Sanidad privada*: Los servicios sanitarios dependen de empresas privadas.

La salud pública es la vía por medio de la cuál los gobiernos se ocupan de la atención médica de la población, ésta se encarga de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Existen actividades organizadas que influyen sobre la salud como son:

1. La educación
2. Política económica
3. Política de vivienda, urbanismo y obras públicas
4. Justicia social

¹ Postulado tomado de la OMS

Una de estas actividades, pero no necesariamente la más importante, es la ejercida por la medicina en sus dos vertientes:

- *Preventiva:* Se basa en intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales.
- *Asistencial:* Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

La salud es un derecho constitucional como lo marca el artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos "...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...", de todos los mexicanos. Ésta es, como anteriormente mencioné, uno de los factores de crecimiento económico ya que repercute en la productividad laboral, es una inversión en capital humano pues permite que las personas alcancen un nivel adecuado de calidad de vida; al ser tratada a tiempo (mediante medidas de prevención) disminuye la carga económica de las enfermedades para el gobierno, las empresas y para las familias (en éstas se refiere específicamente al denominado gasto de bolsillo).

En este trabajo la periodización del gasto público federal en salud (1982-2004), se realizó con el objetivo de investigar y, a su vez, determinar las características y limitaciones de las políticas de gasto dirigidas al sector salud a partir de las políticas de ajuste y reforma estructural que se han implementado en México.

Se pretende ubicar las repercusiones de las decisiones políticas con relación al gasto en salud durante el periodo establecido. Bajo este contexto se analizará cómo tanto la tendencia demográfica y los cambios sufridos en la economía mexicana han dado origen a una nueva demanda de atención médica; la cuál es diferente a la que existía en décadas anteriores al periodo de estudio de la presente investigación, asimismo se profundizará en las características de los programas de salud ofrecidos por el estado mexicano.

Considero que es importante identificar las tendencias de los recursos destinados a atender la salud de los mexicanos, así como las prioridades establecidas por cada una de las administraciones en relación a los programas de salud, al mismo tiempo se estudiará el impacto que tienen en la población objetivo y en la cobertura geográfica.

La presente investigación también tiene como objetivo conocer la eficiencia de las políticas de gasto en salud durante el periodo de estudio; al mismo tiempo buscará conocer la eficiencia de la atención a diferentes grupos poblacionales, analizar las diferencias y modificaciones del gasto en desarrollo social, ubicar el contexto histórico del gasto en salud, así como identificar los cambios en las políticas de salud.

Lo anterior se indagará bajo la premisa de que la explosión demográfica, y la falta de continuidad en los programas de salud, así como las asimetrías existentes entre la población urbana y rural, en relación a la atención médica recibida, han provocado que los incrementos del gasto público en salud sean insuficientes para satisfacer las necesidades de atención médica de la población.

En el primer capítulo se reseñará de manera general la situación económica del país durante el periodo de estudio, tomando como marco de referencia la década de los setentas, así como los procesos de ajuste, estabilización y cambio estructural; con la finalidad de observar de manera clara los cambios sufridos en las diversas áreas como son: la fiscal, financiera, comercio internacional, entre otras.

El siguiente capítulo es básicamente histórico, mostrará la trayectoria del sector salud en México, desde sus inicios hasta la actualidad, posteriormente se

presentarán a las diferentes instituciones que brindan servicios de salud a la población ya sea derechohabiente o no.

Finalmente en el tercer capítulo se analizará al gasto público federal dirigido a la atención de la salud de la población, en primer lugar se estudiará el periodo de ajuste, seguido del periodo de cambio estructural, en ambos apartados se verá conjuntamente con el gasto, la estructura de la población, que es pieza clave en la distribución de los recursos para la atención médica.

CAPÍTULO 1

REFORMAS ESTRUCTURALES EN MÉXICO

1.1 Condiciones Iniciales

Los años sesentas fueron un periodo de alto desempeño macroeconómico, puesto que la economía mantuvo un aumento anual promediado de 7.1%, mientras que la inflación se conservó en niveles estándares con un promedio de 2.8% anual; y el empleo manifestó crecimientos importantes. Viéndose reflejados directamente en las zonas urbanas, mientras que el campo se quedaba abandonado, debido a la falta de oportunidades para la población rural.

El bajo crecimiento del sector agropecuario, en especial de la agricultura y la industria extractiva; llevaron a la agricultura a que disminuyera en 25% su participación en el PIB.

Con respecto a la política comercial, se mantuvo el sistema proteccionista, pero esta vez impulsado en mayor grado por empresarios mexicanos, quienes trataban de impedir la entrada de inversionistas extranjeros a sectores operados por los empresarios nacionales, o donde el gobierno consideraba que el sector resultaba estratégico para la nación y por lo tanto él debía hacerse cargo. Un ejemplo que destacó es el de la industria eléctrica. Dado estos dos factores la protección comercial ya era doble, lo que dio como consecuencia restricciones para el comercio exterior, tanto en importaciones como en exportaciones. Lo que buscaba ésta medida era tener una menor dependencia del exterior y propulsar el mercado interno, enfocándose principalmente en el sector industrial y dejando rezagado al sector agropecuario.

Esta medida trajo consigo una mayor canalización de recursos económicos internos, tanto por parte de empresarios como de particulares, lo que propició una

mayor aportación de recursos (14.6% en términos reales) al sistema financiero, que sirvieron de base para el desarrollo económico, ya que estos proveerían al Estado de recursos a través de la emisión de bonos gubernamentales.

Durante la década de los 70's se da una coyuntura como consecuencia de los desequilibrios heredados del modelo de desarrollo estabilizador, que se acompaña de las constantes modificaciones que sufre el marco internacional, así como de la crisis de energéticos, la crisis de alimentos, la monetaria, el abandono del patrón oro, entre otros.

La crisis agrícola contribuyó a detener el crecimiento económico de esa década, esta crisis pone de manifiesto la reducción del producto agrícola por habitante, a su vez hizo que el país perdiera su condición de autosuficiencia en cuanto a insumos agrícolas básicos, dejó de garantizar granos baratos que permitían mantener bajos los salarios del trabajo industrial, y consecuentemente pasó a convertirse en uno de los pilares del proceso inflacionario. Los factores que determinaron la crisis agrícola son:

- ✓ Estancamiento del área temporal cosechada.
- ✓ Baja inversión pública, así como rigidez en los precios.
- ✓ Desaceleración en los aumentos de la productividad.

En 1971 el gobierno de Luis Echeverría Álvarez realizó varios ajustes para enfrentar la disminución la tasa de crecimiento del *Producto Interno Bruto* (PIB), pues se tenía la idea de que de esa manera las importaciones aumentarían y se podría controlar la inflación. Sin embargo, y aún con los ajustes, se provocó un importante *estancamiento productivo* reflejado en la disminución del salario real al pasar de \$22.9 pesos en 1970 a \$21.7 en 1971; es decir, hubo una caída del 5.1%. Además, la inflación no fue controlada como se esperaba, ya que el Índice Nacional de Precios al Consumidor pasó de 5% en 1970 a 5.4% en 1971, lo cual – tomando en cuenta la situación de los salarios-, muestra que el poder adquisitivo de la población era muy bajo.

El problema económico que se había originado en 1971, se trató de solucionar a través de un mayor gasto público, gasto que a veces se realizaba en

áreas no prioritarias. Por otra parte, se empieza a dar un distanciamiento entre el gobierno y la iniciativa privada dando como resultado una falta de crédito bancario disponible, lo que a su vez provocaría que el sector privado recurriera al endeudamiento externo, y el gobierno se financiara a través del encaje legal y recurriendo al financiamiento inflacionario y al crédito del exterior.

En cuanto a las políticas expansionistas fueron financiadas de forma excesiva por medio del gasto público, ya sea por medio de emisión monetaria o por endeudamiento externo, lo cuál permitió impulsar la actividad económica en su momento con efecto favorable tanto en el nivel de empleo así como en los resultados inflacionarios posteriores.

El sistema bancario disminuyó el financiamiento a las actividades productivas. BANXICO incrementó la base monetaria por medio de impresión de dinero para así poder enfrentar las demandas de fondos por parte del gobierno, para 1972 la oferta monetaria tenía una tasa de crecimiento del 12.6%.

El fantasma de la balanza de pagos persistía, por ende el déficit, el endeudamiento externo continuaba en aumento, la política anti-exportación se seguía manteniendo y la brecha entre el ahorro interno y la inversión interna se hacía más grande, el peso ya estaba sobrevaluado en un 50.57% con respecto al dólar, era ya, más que eminente una devaluación y sus efectos se empezaban a notar, observándose una fuga de capitales.

A finales de los años setenta en medio de una crisis económica y de inestabilidad se da el crecimiento en México, después de haber pasado por un ciclo de relativa expansión de la economía internacional, las tendencias hacia la depresión se relacionaban con la baja capacidad de producción de insumos y de productos debido a que la oferta no se expandió puesto que no existía un incremento en la demanda de bienes de capital.

A lo anterior se agrega una crisis financiera, inestabilidad de las principales monedas, así como una crisis de las relaciones monetarias internacionales, lo cuál es antecedente de una inestabilidad para la paridad. Si bien es cierto que el

proceso de inflación ya se había iniciado con anterioridad, la crisis petrolera¹ acentúa este proceso.

Entre 1971 y 1975 la tasa de crecimiento económico mundial alcanzó poco menos de cuatro por ciento en dónde fueron los exportadores de petróleo quienes se llevaron la mayor parte de las ganancias.

La quiebra del sistema monetario internacional, así como una falta de confianza provocó un aumento en la liquidez que sumada a causas estructurales y a la problemática en la oferta llevaron a grandes países industriales a una inflación que no tenía precedentes históricos.

Dentro del mercado internacional, los productos que vieron incrementado su precio son: el petróleo, el oro, las materias primas y los precios de las exportaciones de productos industrializados. Con la finalidad de atenuar las presiones inflacionarias los países adoptaron políticas recesivas a partir de 1973, a esta tendencia recesiva se aunaron medidas de política económica que las profundizaron aún más.

El 1º de septiembre de 1976 se anuncia la devaluación de la moneda en un 59%, ésta provocó un aumento de los precios, que realmente se reflejó hasta 1977, en que repuntaron a un 41.2%. Sólo se veía la mejoría a través de la balanza de pagos, pues como resultado positivo de la devaluación las exportaciones subieron y las importaciones bajaron, con lo que se lograba una disminución del déficit del 57% en la balanza.

En 1978 se anunció un gran descubrimiento de yacimientos petrolíferos, lo que cambiaría el curso de la política económica, pues gracias a este hallazgo el periodo para recobrar el crecimiento económico se hacía más corto. Iniciándose en este año el último periodo de rápido crecimiento que se ha dado en la economía mexicana.

Durante el auge petrolero la economía se encontraba aparentemente estable y creciendo; esto es, entre 1977 y 1981 la economía tuvo un crecimiento promedio anual de 7.8%, con un aumento inflacionario promedio anual de 24.2%. Este aparente auge tenía dos fuentes: una expansión de inversión pública en

¹ La *crisis petrolera* se da con un embargo de petróleo en contra de los países que no simpatizan con las naciones árabes y consecuentemente de la cuadruplicación de los precios internacionales.

todas las áreas pero principalmente en la explotación de petróleo y, segundo, una mayor disponibilidad de fondos internacionales; la tasa de crecimiento, en el mismo periodo, fue de 28.8% en inversión pública y de 13% en la inversión privada, promedio anual en términos reales. Pero las fallas estructurales del gobierno persistían, así como diferentes errores en la toma de decisiones económicas referentes al gasto público, el cual se mantenía a través de la fabricación de moneda y sobre todo del endeudamiento externo, preparaban un colapso en la economía, pues ésta sólo estaba creciendo de forma externa, pues internamente la planta productiva se encontraba débil. Los ingresos petroleros no estaban constituyéndose como fuente del gasto público, más bien eran empleados para la expansión que requería PEMEX, por tanto el déficit en el gasto público se mantenía.

Una característica del sector externo durante los setentas fueron los crecientes déficit comerciales y la contratación de créditos externos con el objetivo de compensar los faltantes. Asimismo durante este periodo el gobierno mexicano fomentó las exportaciones en especial de los bienes manufacturados cuyo contenido de insumos y valor agregado fueran crecientes. Pero también hubo un aumento de las importaciones del sector público, lo que provocó que las importaciones aumentaran su participación en el total.

Con referencia a los ingresos públicos también aumentaron pero a una menor velocidad; dentro de los impuestos que se crearon durante el sexenio de López Portillo se encuentran: El Impuesto al Valor Agregado (IVA), así como el Impuesto sobre Adquisición de Inmuebles, el Impuesto sobre Automóviles Nuevos, el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS), y la expedición de las nuevas leyes de Impuesto sobre la Renta, Aduanera y Federal de Derechos, los cuáles trataron de modernizar la estructura impositiva del país, así como de obtener recursos adicionales. Sin embargo, los impuestos no solucionaron el problema y, en cambio, se convirtieron inmediatamente en un factor inflacionario.

El rezago de las inversiones públicas obligaba a importar materias primas e insumos básicos, cabe mencionar que el freno en las inversiones públicas trajo como consecuencia un atraso de los sectores estratégicos.

Preludio de la crisis de 1981 resultó el incremento de 6% al 20% de las tasas bancarias internacionales, a finales de 1980. De manera automática, la deuda mexicana se elevó a más de 34 mil millones de dólares y, en lo inmediato, se tuvo que pagar 5 mil millones de dólares. Pero los problemas desatados con el incremento de la tasa de interés no adquirieron su verdadera dimensión sino hasta mediados de 1981, con la caída internacional del precio del petróleo, hecho "inesperado" que definió el rumbo de los acontecimientos. Al estar la economía mexicana atada completamente al petróleo, la base de ésta se vino abajo y con ello la reacción de los empresarios se agudizó nuevamente: fuga de capitales que a fines de ese año llegó a niveles verdaderamente increíbles.

1.2 Políticas de Ajuste y Estabilización

México fue uno de los países beneficiados en la década de los setentas por la crisis petrolera internacional, a pesar de esto, el gobierno se vio obligado a hacer una enorme cantidad de inversiones para poder aprovechar al máximo el precio que se estaba presentando en el petróleo, lo que a su vez trajo como consecuencia que se iniciara un proceso de endeudamiento nacional, que posteriormente sería un lastre cuando las políticas de ahorro y de diversificación energética que se llevaron a cabo a nivel mundial dieron lugar a la baja del precio del petróleo, con lo que se desató "crisis de la deuda"².

Los altos niveles de endeudamiento público llevaron a disminuir los gastos de inversión y de operación del sector público. El gasto público deja de ser el motor de la economía mexicana y México tiene que abrirse a la economía mundial. En 1982 termina un largo período de industrialización el cuál se encontraba cimentado en la protección (pasando de incentivos fiscales y de altos aranceles a permisos de importación) de la industria nacional.

² Es una etapa en donde el nivel de la deuda externa alcanza un monto muy elevado del PIB o del valor de las exportaciones.

En 1983 el Estado administraba 1155 empresas en la que estas tenían una participación en 63 de 75 ramas en las que se clasificaban la actividad económica en México y ellas contribuían con 18.5% del PIB nacional.

Uno de los puntos principales de las reformas de los años 80's fue el desmantelamiento de las restricciones al comercio internacional con lo que se buscaba dar una mayor eficiencia y modernizar la economía nacional pero además reprimir los crecimientos en los precios que estaban relacionados con los altos aranceles. En 1984 se empezaron a eliminar los permisos por lo que las importaciones controladas redujeron a 83.5%. En 1985 el gobierno estableció estímulos arancelarios para los exportadores por lo que se creó el PITEX³ con lo que las empresas podían importar momentáneamente, libre de aranceles en materia prima y maquinaria y equipo para la producción de los artículos de exportación.

La eliminación de barreras no arancelarias y la disminución de los aranceles han tenido lugar a varias etapas. La primera; México suprimiría unilateralmente los permisos previos de importación sobre casi 80%. En noviembre de 1985, el país inició negociaciones para ingresar en el GATT⁴ lo que se logró en julio de 1986 y se pretendía eliminar los precios oficiales de referencia, para continuar con la sustitución en los controles directos por aranceles y ubicarla en un máximo a 50%.

La segunda etapa se relaciona de manera directa con la implantación del Pacto de Solidaridad Económica por lo que la apertura tendría el objetivo de la estabilización ya que uno de sus objetivos principales era la de disminuir la inflación y recuperar el crecimiento económico

³ El Programa de Importación Temporal para Producir Artículos de Exportación (**PITEX**) es un instrumento de fomento a las exportaciones, mediante el cual se permite a los productores de mercancías destinadas a la exportación, importar temporalmente diversos bienes para ser utilizados en la elaboración de productos de exportación, sin cubrir el pago del impuesto general de importación, del impuesto al valor agregado y de las cuotas compensatorias, en su caso.

⁴ El **GATT**, acrónimo de *General Agreement on Tariffs and Trade* (Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles) fue creado por los acuerdos de Bretton Woods y está considerado como el precursor de la Organización Mundial de Comercio. El GATT era parte del plan de regulación de la economía mundial tras la Segunda Guerra Mundial, que incluía la reducción de aranceles y otras barreras al comercio internacional.

Para finales de 1987 la situación económica de México había llegado a niveles muy delicados ya que los cinco años anteriores habían sido de estancamiento económico y el poder de compra de los trabajadores se había contraído. Desde el proceso de liberación comercial y reprivatización se empezó a dar un proceso de reforma estructural de fondo en la economía mexicana.

El 5 de diciembre de 1987 se firma el Pacto de Solidaridad Económica (PSE), éste representaba un cambio fundamental en el modo de enfrentar los problemas de estabilización en países en desarrollo y un complemento que se apega a las condiciones que normalmente establece el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Con respecto al GATT, se minimizaron los aranceles hasta un 20% y se eliminó el permiso previo de importación de la mayor parte de las manufacturas. En 1987 el gobierno siguió con los incentivos fiscales y arancelarios para los exportadores con la ayuda del programa ALTEX⁵ en el que recibían empresas beneficios administrativos por medio de varias dependencias del gobierno por sus grandes volúmenes de exportación. Desde 1988 la política macroeconómica, a partir de las crisis de la deuda se dirigió para la corrección de los principales desequilibrios macroeconómicos y a la realineación de precios relativos⁶ para bajar la inflación y buscar estabilización.

Características de la Política Económica en el periodo del Cambio Estructural

1. Política monetaria. En 1983 – 1986 la restricción monetaria afectó principalmente a las fuentes internas de la base monetaria no gubernamentales. Las reformas financieras se orientaron a la reestructuración de los bancos.
2. Política fiscal. Esta logró generar un gran superávit primario hasta fines del periodo. Los egresos primarios del gobierno federal pasaron de 18.5 puntos porcentuales del PIB en 1982 a 13% en 1987. En el sector paraestatal los

⁵ El programa de Empresas Altamente Exportadoras (**ALTEX**) es un instrumento de promoción a las exportaciones de productos mexicanos destinado a apoyar su operación mediante facilidades administrativas y fiscales.

⁶ La realineación de precios busca ordenar o reacomodar el valor monetario de bienes y servicios que se encuentra alterado y por lo tanto el precio no corresponde al orden lógico; por ejemplo: el hecho de que una bicicleta sea más cara que un automóvil, o que el precio de una silla sea mayor al de una mesa, requiere de realinear precios.

aumentos en precios y tarifas ex-post no resultaron muy efectivos. Las privatizaciones tuvieron un efecto marginal tanto en reducción de gastos como en la obtención de mayores ingresos.

3. Política de deuda pública. La negativa de los acreedores extranjeros a otorgar préstamos a principios de 1982 obligó a suspender el pago de la deuda externa lo que provocó que se realizaran negociaciones con organismos internacionales para obtener préstamos, para poder pagar la deuda. El Plan Baker⁷ concedió 12 mil millones de dólares.
4. Política cambiaria. En 1983 la nueva administración eliminó los controles, lo que conservó el sistema dual de cambios.
5. Gran parte de los ajustes fiscales recayó en la inversión pública, pero debido a la complementariedad existente con la inversión privada, esta también cayó en 1.2%.
6. Los avances de la estabilización se vieron interrumpidos por la crisis petrolera en 1986 ya que su magnitud ocasionó una pérdida equivalente a 6% del PIB.
7. Programa heterodoxo de estabilización 1989 – 1991. Se consideró que la formación de precios no es únicamente resultado de las condiciones del mercado sino que también depende de su estructura y sus características institucionales. Por ejemplo en el caso de los mercados imperfectos los productores tienen poder el de fijar sus precios y lo hacen mediante la aplicación de un margen de ganancia sobre sus costos marginales. Los mecanismos de formación de expectativas pueden contribuir a desatar un proceso inflacionario. Los programas heterodoxos de estabilización utilizaron como instrumentos para el abatimiento de la inflación: 1) el uso de un ancla (cambiaria o monetaria), 2) el control de precios considerados clave, 3) una política salarial basada en la inflación esperada. En el

⁷ El **Plan Baker**, propuesto a mediados de los ochenta, proviene del entonces secretario del Tesoro de Estados Unidos y "consistía en aportar al financiamiento de la deuda de los 15 países más endeudados 27 000 millones de dólares en tres años. La banca comercial, que debía comprometerse con 20 000 millones de esa cifra, en principio fue muy precavida, aunque finalmente lo suscribió, con la salvedad de que revisarían los bancos caso por caso antes de proceder a otorgar o no crédito alguno."

sexenio de Salinas se puso en marcha un nuevo programa llamado PECE⁸ con el cual se buscaba conseguir recursos del exterior, reducir la carga de la deuda y bajar las tasas de interés, como medios para lograr el desestancamiento económico.

Junto con la apertura comercial, se avanzó en otras reformas como la privatización de varias empresas, cuyo análisis se puede dividir en:

- a) *Objetivos y modalidades del programa de desincorporación.* Los objetivos principales de la desincorporación eran de fortalecer las finanzas públicas, mejorar la eficiencia del sector público en la que se disminuía el gasto estructural y eliminando gastos y subsidios que no eran justificados; se pretendía promover la productividad en la economía y así combatir con la ineficiencia y el rezago al interior de las empresas públicas
- b) *Privatización de empresas públicas.* En el año 1982 empezó la reestructuración del Estado pero donde se manifestó el auge fue entre los años 1989 y 1993, en donde la tercera parte de las empresas desincorporadas se vendieron al sector privado social.

En 1993 fueron solamente un poco más de 200 empresas las que se desincorporaron del Estado, aproximadamente 50% de las empresas se liquidaron o fueron extinguidas, una tercera parte fue privatizada. El proceso de privatizaciones de empresas paraestatales se puede dividir en tres etapas:

- ❖ Primera etapa (1983 – 1984). Durante este periodo el Estado mexicano participaba en 63 ramas con 1155 empresas paraestatales. En este periodo la mayor parte de las empresas presentaban graves problemas financieros así

⁸ El Pacto de Estabilidad y Crecimiento Económico (que anteriormente era el Pacto de Solidaridad Económica (PSE), buscaba conseguir recursos del exterior, reducir la carga de la deuda y bajar las tasas de interés, como medios para lograr el desestancamiento económico.

como también rezagos tecnológicos, la propiedad pública bajó a 1049 empresas consecuencia de la venta de pequeñas empresas no estratégicas y con escasa rentabilidad.

- ❖ Segunda etapa (1985- 1988). Durante este periodo la privatización se dio como una política económica para buscar mayor productividad y competitividad. Por la globalización hubo una mayor operación de desincorporación en 1985 había de 703 empresas y a finales de 1988 permanecían 252 empresas.
- ❖ Tercera etapa (1989 – 1993). Durante este tiempo hubo una mayor participación de privatizaciones de empresas con gran poder de mercado y gran viabilidad económica, pero algunas empresas empezaron a fusionarse para poder tener un mayor potencial y hacerlas atractivas para los inversionistas. Las ventas de las empresas produjo recursos por 29 mil millones de dólares. Al final de este periodo se contaba con sólo 210 empresas.

Cuadro 1.1
Proceso de Desincorporación del Sector Paraestatal

	Del 1º de diciembre de 1982 al 30 de noviembre de 1988	Del 1º de diciembre de 1988 al 1º de noviembre de 1991	Total
Concluido	595	310	905
Liquidado o Cerrado	294	137	431
Fusionado	72	10	82
Transferido	25	7	32
Vendido	204	156	360
En Proceso			87
Sector Paraestatal en 1982			1155
Sector paraestatal en 1991			239

Fuente: Unidad de Desincorporación, Secretaría de Hacienda y Secretaría de Programación y Presupuesto. La cifra del Tamaño del sector paraestatal en 1991 incluye el efecto de la creación de nuevas entidades paraestatales.

Dentro de las empresas paraestatales que se desincorporaron del Estado se encuentran: Aeroméxico y Mexicana de Aviación, la Compañía Minera de Cananea, Sidermex, Teléfonos de México, DINA Camiones, Tabamex, Compañía Real del Monte y Pachuca, Banamex, Bancomer, Impulsora de la Cuenca del Papalopan, Astilleros Unidos de Veracruz, entre otras⁹.

“Así de 1155 empresas o entidades que existían en 1982, al principio del gobierno salinista en diciembre de 1988 quedaban 618 y para fines de 1993 ya solo quedaban 257 entidades en operación de las cuales 48 estaba en proceso de desincorporación. De esta forma durante el gobierno Salinista el gobierno se retiró de 21 ramas de actividad económica”¹⁰

Con relación al sistema fiscal, en 1989 se introdujeron medidas para adaptarse al nuevo sistema de mercado en el que se buscaba:

- i) Neutralidad impositiva y una equidad horizontal para una armonización del sistema fiscal con los principales socios comerciales y así reducir las distorsiones generadas por el sistema tributario.
- ii) Fortalecimiento de los ingresos fiscales mediante una ampliación de la base gravable y también el control de la evasión y elusión. Para que se evitara una reducción de la tasa impositiva en 1989 hubo un nuevo impuesto llamado Impuesto al Activo (IA), este impuesto estaba en los activos de la empresa. Este impuesto aumentó la recaudación del ISR aproximadamente un 13%, al inicio de 1995 disminuyó la tasa a 1.8%. En 1989 el ISR otorgaba tratamientos especiales a ciertas actividades económicas principalmente en el sector uno y una pequeña parte del sector III.

Las reformas tributarias orientadas a mejorar a la evasión tuvieron los siguientes resultados en el régimen tributario mexicano.

⁹ Aspe Armella Pedro. “El Camino Mexicano de la Transformación Económica”. FCE. Pág. 183, 185.

¹⁰ CARDENAS, Enrique. “Estabilización, cambio estructural y colapso, 1988 – 1994, en : La política económica en México, 1950 – 1994 , FCE – COLMEX, México, 1996 Capítulo 5 pp.169

- i) la participación de los ingresos no petroleros en los ingresos presupuestarios del gobierno federal se redujo a partir de la introducción de las reformas.
- ii) La ampliación de la base gravable no fue suficiente para compensar la reducción de las tasas marginales del ISR.
- iii) La anulación y reducción de algunos impuestos al consumo tuvo la consecuencia de que se redujera 5 puntos porcentuales en la participación de estos impuestos en los ingresos del gobierno federal

Las prioridades que se manejaron con las reformas que se plantearon y se pusieron en marcha a partir de 1989 afectaron de una manera considerable la capacidad recaudatoria del gobierno federal y dificultaron la solución del problema de la dependencia petrolera. Por lo que esto ha provocado que el Estado no cumpla con todas las funciones que debe cumplir.

Los recursos que gradualmente iban ingresando al país encontraron muy atractiva la inversión en la Bolsa de Valores, lo que permitió que ésta aumentara los precios de sus cotizaciones, pero este aumento creó un auge que terminó por convertirse en especulación y con esto México volvería a enfrentar otro problema. El 19 de octubre de 1987 se da el crack de la Bolsa de Nueva York que provoca repercusiones en todo el mundo, incluyendo a México, quien perdió en un solo día el 16.5% de su índice de cotizaciones, esta caída continuó en días posteriores, los inversionistas buscando proteger sus inversiones empezaron a comprar dólares, presionando al mercado cambiario y obligando al Banco de México a retirarse del mercado de divisas, a fin de evitar una pérdida en sus reservas; pero los efectos no se hicieron esperar y la inflación llegó en ese año a 151.1%.

Otro problema que tuvo que afrontar México a raíz de este difícil periodo fue el flujo de emigrantes hacia E.U., que ya tan sólo no abarcaba mano de obra poco calificada, sino también maestros normalistas, entre otros profesionistas.

Para este tiempo, era notoria la inmensa carga que había heredado el gobierno proveniente del endeudamiento que se dio en el auge petrolero. La deuda externa de México que en diciembre de 1982 era de 91,552 millones de dólares aumentó a

107,470 millones de dólares. Para finales de 1987 México se encontraba nuevamente al borde de una hiperinflación, pues su tasa anualizada de diciembre fue de 461.4%, lo que volvía a situar a la inflación como centro de la estrategia económica que México debería de emprender para los años subsiguientes con el fin de combatir la crisis.

El gasto público durante este periodo se destinó básicamente para enfrentar el compromiso adquirido vía la deuda externa así como para buscar un equilibrio en el ámbito fiscal, con lo que se tuvo que reducir el presupuesto que se asignaba al desarrollo social así como a la inversión pública.

El presupuesto perteneciente al rubro de desarrollo social pasó de 8.7% a 5.7% del Producto Interno Bruto, la educación y salud absorbieron la mayor parte del gasto.

1.3 Políticas de Cambio Estructural

El 15 de diciembre de 1987 se pone en marcha el Pacto de Solidaridad Económica, con el cual se buscaba más que reprimir la inflación, lograr su control. El éxito del programa se apoyaba en varios puntos de los cuales hablaré de manera general, se buscaba una reducción en el gasto público y una elevación de los ingresos fiscales; un control de cambio apoyado en el desliz gradual, con un decrecimiento diario del peso con el fin de mantenerlo subvaluado; y por último el establecimiento del control de precios logrado a través de la concertación entre el sector productivo y el gobierno federal. Estos eran los puntos más importantes con los cuales el gobierno pretendía una disminución de la inflación. Este éxito tuvo un antecedente, pues dos meses antes de la entrada en vigor del pacto, se buscó una alineación de precios de acuerdo a las condiciones del mercado, se estableció un cambio controlado que daría seguridad y se generó un aumento en los salarios que estaría acorde a los diversos mercados y a la alineación de precios relativos a

los bienes. Este antecedente podría considerarse el elemento esencial del éxito del programa, que logró una baja en la inflación de 51.2% para finales de 1988 y un aumento en el PIB de 1.4%.

Posteriormente el PSE, pasó a ser el PECE (Pacto de Estabilidad y Crecimiento Económico) con el cual se buscaba conseguir recursos del exterior, reducir la carga de la deuda y bajar las tasas de interés, como medios para lograr el desestancamiento económico. Con este pacto, en 1989, se logró bajar la inflación a 19.7% y se dio un aumento en el PIB del 3.3%. El país comenzaba a recuperar su credibilidad. Posteriormente con el anuncio de la reprivatización de la banca y la negociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)¹¹ el cuál entró en vigor el 1 de enero de 1994, entre México, Estados Unidos y Canadá, se empezó a dar un retorno de recursos al país, tanto en repatriación de capitales como de inversión extranjera. Para 1990, México contaba con el crecimiento más alto desde que se había iniciado la crisis, 4.5% en términos reales.

Este crecimiento empezó a provocar un retroceso de los avances económicos que se tenían; pues este crecimiento, cuya fuente principal era el sector privado, estaba provocando al mismo tiempo un alza en el consumo privado del 6.1%, mientras que la inversión privada crecía 13.3%; este aumento originó a su vez un alza en las importaciones y por ende la oferta de las mismas en la economía. Este exceso de gasto interno que se estaba dando, se reflejó en la balanza de pagos, donde la cuenta corriente empeoró casi un 30%, llegando el déficit a 7,449 millones de dólares, no obstante, las reservas internacionales aumentaron a 3,400 millones de dólares. Toda esta situación provocó que el Banco de México tuviera que intervenir proveyendo de recursos, es decir, aumentado la disponibilidad de dólares para evitar presiones inflacionarias. Aunque se mantuvieron unas finanzas públicas saneadas la economía comenzó a

¹¹ El TLCAN es un conjunto de reglas para fomentar el intercambio comercial y los flujos de inversión entre los tres países, mediante la eliminación paulatina de los aranceles o impuestos que pagan los productos para entrar a otro país; el establecimiento de normas que deben de ser respetadas por los productores de los tres países, y los mecanismos para resolver las diferencias que puedan surgir.

presentar signos de debilitamiento, los cuales no eran claros, pero que a partir del segundo semestre de 1991 gradualmente se empezaron a observar.

En 1990 se anunció la reprivatización de la Banca nacionalizada además de que se estaba llegando al acuerdo de tener libre comercio con Estados Unidos, una forma de realizarlo de una manera más rápida fue la de eliminar barreras arancelarias para hacer más competitiva la economía del país a través de mercados y disminuir la participación del Estado en la producción y en la construcción de infraestructura para que llegaran nuevas inversiones principalmente la inversión extranjera. Aunque el Estado ha mantenido el poder de PEMEX y de la Electricidad.

De 1991 – 1994. La característica principal de la política macroeconómica fue perseguir la reducción de la inflación a un dígito. El grado de apertura comercial de la economía mexicana y la de sustitución de importaciones que ella provocó ocasionaron que la apreciación cambiaria acelerara la demanda de importaciones. El ensanchamiento de la brecha comercial se consideró como un corolario natural del éxito de la estabilización, el financiamiento del desequilibrio externo no presentó problema gracias al TLC y al éxito de las privatizaciones.

Características de los principales instrumentos de la política económica fueron:

- i) Política monetaria. De 1991 a 1993 la política monetaria no era muy restrictiva pero ésta en 1994 se volvió expansiva para compensar las pérdidas de las reservas internacionales.
- ii) Política fiscal. El déficit fiscal fue logrado en un periodo de estabilización ortodoxa en el que se quedó pendiente el control inflacionario del servicio de la deuda externa e interna. En el ejercicio fiscal de 1992 se tomaron las siguientes medidas: 1) unificación de la tasa del IVA al 10% 2) derogación de algunos gravámenes y reducción de otros. 3) modificación del régimen fiscal de PEMEX 4) entre otros, lo que llegó a estimular el consumo privado, la caída del ahorro y el desequilibrio externo.

- iii) Política de deuda. El proceso de endeudamiento tuvo en varios periodos cambios cualitativos importantes. La colocación de la deuda pública pudo aprovechar la desinflación y las condiciones del mercado para prolongar su estructura temporal a un sobre costo mínimo.
- iv) Política cambiaria. En noviembre de 1993 cuando la incertidumbre en torno al TLC acentuó presiones especulativas, el banco central modificó otra vez los límites superior e inferior del rango de intervención.

La realimentación de la apertura comercial en el crecimiento no fue del todo favorable, aunque si lo fue en el abatimiento de la inflación.

En el periodo de 1995 a 1999. La devaluación de diciembre de 1994 tuvo consecuencias en la política económica al permitir que las variables económicas tuvieran una mayor libertad de fluctuación. Sus principales características son:

- I. Política monetaria. Antes de 1995, con el tipo de cambio fijo no se contaba con una política monetaria pero la remonetización resultante de 1996 – 1997 conforme avanzó la deflación impidió que el multiplicador monetario creciera. La rápida deflación y la menor volatilidad externa de las tasas de interés facilitó la reposición gradual de saldos reales a partir de 1996 y con mayor presencia en 1997. A lo largo de 1998 el banco central elevó en 5 ocasiones la posición corta a la banca comercial, afectando las tasas de interés que la defensa del tipo de cambio.
- II. Política fiscal. El aumento de las tasas impositivas se concentró fundamentalmente en los impuestos indirectos, los efectos inducidos en la actividad económica no permitieron que los aumentos de las tasas mejoraran, el gasto se ajustó a la baja los 2 primeros años posteriores a la devaluación. La caída de los precios del petróleo de 1998 provocó que se instrumentaran ajustes al gasto público. En 1999 la política fiscal por los menores ingresos fue restrictiva.

- III. Política de deuda. En la política de endeudamiento el componente externo es principalmente por medio de las colocaciones de bonos y organismos multilaterales.
- IV. Política cambiaria. El banco central introdujo varias medidas destinadas a restarle volatilidad mediante una “flotación sucia”. Desde 1996 y 1997 el papel del sector externo secundado por el consumidor mexicano esta en una fase expansiva para la recuperación de empleo.

Durante este periodo se aceptó la inversión de capitales externos en un gran número de sectores de la economía pero se hizo sin tener en cuenta algún tipo de consideración política, energética, económica o ecológica. Un claro ejemplo de esto, es que el manejo en la actualidad de la banca se encuentra en manos de extranjeros.¹²

La liberación de las tasas de interés generó efectos en las expectativas inflacionarias y dificultó la estabilización macroeconómica en los efectos fiscales o en el desplazamiento. La presencia del riesgo moral y de la selección adversa del sistema bancario. En México la excesiva liberación de capitales provoco la vulnerabilidad de la política macroeconómica.

Las privatizaciones se contraponen con los objetivos de una adecuada reforma tributaria ya que por ejemplo el rescate carretero y el sistema bancario en México llegaron a representar 25% del PIB.

La reforma tributaria termina creando grandes dudas fiscales en lugar de promover una mayor capacidad de subsidios y devolverle una mayor competitividad al productor local. Los ingresos petroleros no están sujetos a impuestos indirectos a la exportación, sino al rubro de derechos sobre la producción de recursos no renovables. Cuando la globalización y los mercados internos exigen una mayor competitividad.

¹² Ánima Puentes Santiago y Guerrero Flores Vicente. “*Economía Mexicana. Reforma Estructural, 1982-2003*”. México: UNAM, Facultad de Economía. 2004. pág. 101

El exceso de confianza que se tuvo en las reformas de primera generación provocó muchas ineficiencias, riesgo moral¹³ y falta de rendición de cuentas por parte de los responsables de las reformas políticas. Para apoyar a los Bancos ante la crisis provocada por la devaluación del peso y la abrupta alza de las tasas de interés, las autoridades crearon el Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA)¹⁴. Mediante este mecanismo se ha apoyado a muchas instituciones en forma directa y otras a través del Programa de Capitalización Temporal (PROCAPTE)¹⁵. Por medio del PROCAPTE se adquirieron obligaciones subordinadas convertibles forzosamente en acciones en caso de aquellas no fuera cubiertas dentro de determinados plazos.

Ante ello se han propuesto reformas de segunda generación que principalmente buscan:

1. Mayor desregulación
2. Una nueva ronda de privatizaciones en el que el Estado debe de administrarlas
3. La seguridad
4. La reforma financiera que se debe de incluir a otros intermediarios a parte de los bancos
5. Una reforma fiscal mas a fondo
6. La mayor participación en las reformas a parte del gobierno
7. Revisar el marco legal de los países emergentes

Sin embargo valdría la pena preguntarse se éstas reformas de segunda generación permitirán un mejor funcionamiento del sistema económico, debido a que hasta el presente proceso de reformas no ha permitido observar al menos un crecimiento económico ni la creación de empleos necesarios para la economía mexicana.

¹³ El Riesgo Moral ocurre cuando una persona cambia su conducta por el hecho de estar asegurada.

¹⁴ Fondo Bancario de Protección al Ahorro. El Objeto de este fideicomiso, administrado por el Banco de México, es la realización de operaciones preventivas tendientes a evitar problemas financieros que pudieren presentar las instituciones de banca múltiple, así como procurar el cumplimiento de obligaciones a cargo de dichas instituciones, objeto de protección expresa del Fondo.

¹⁵ Instrumento alternativo para sanear el sistema financiero con el acceso rápido y en mayor volumen de capital extranjero y recuperar la solvencia de los bancos.

En los últimos años lo que se puede observar en la economía mexicana es que la industria manufacturera ha aportado más de 70% de las exportaciones totales, mientras que el petróleo ha contribuido con el 21.5%. El TLCAN estimuló a la estrategia de la expansión hacia fuera, de tal suerte que entre 1994 y 2002 las exportaciones de manufacturas configuran 77% del total. El nuevo modelo de crecimiento exportador consiguió desarticular el viejo patrón de comercio centrado en la producción y exportación de hidrocarburos.

El gasto público en esta etapa se caracteriza tratar de reestablecer el equilibrio de las finanzas públicas, así como de reducir la presencia del Estado en los diferentes sectores de la economía, lo anterior trajo como resultado que en términos generales el nivel del gasto bajara debido a una menor participación por parte del gobierno en la vida económica del país.

En cuanto a cambios importantes en la asignación del presupuesto y por lo tanto del gasto, la educación sufrió un ligero aumento de casi un punto del Producto Interno Bruto mientras que el sector salud bajo alrededor de tres décimas.

Si bien es cierto que el nivel del gasto destinado al desarrollo ha sufrido incrementos, éstos con la finalidad de combatir a la pobreza y a la desigualdad, no han sido suficientes esto debido a varios factores dentro de los que se encuentran:

- a. Modificación de la pirámide poblacional
- b. Cambios en la estructura económica

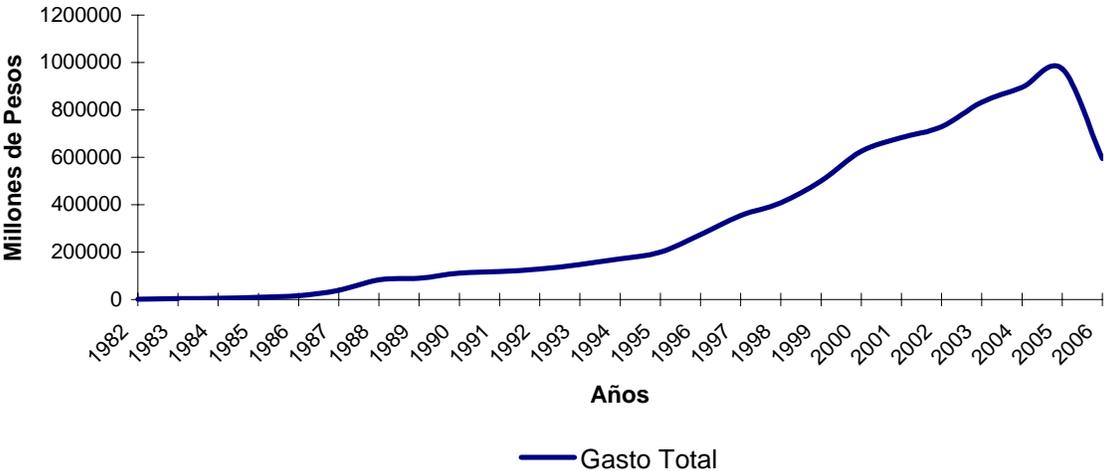
En cuanto al desarrollo económico, se ve reflejado el papel que a raíz de la apertura comercial comenzó a jugar el Estado, éste sólo se aboca a un segundo plano, ya no como protagonista sino más bien como observador y en algunas ocasiones como mediador en la economía. El hecho de que en términos generales el gasto público federal haya disminuido se ve evidenciado en la falta de creación de infraestructura productiva así como de comunicaciones (construcción de carreteras, aeropuertos, etc.);

Dentro del plan sexenal la reforma fiscal representaba uno de los pilares. El objetivo de esta reforma era asegurarle al gobierno federal mayores recursos a

corto y mediano plazo, mediante el reacomodo del régimen fiscal imperante. La parte más importante era la inclusión de alimentos y medicinas al IVA (impuesto al valor agregado). La oposición fue tenaz y rechazaron cada intento por cabildear el IVA en alimentos y medicinas.

Otro gran proyecto fue la construcción de un nuevo aeropuerto internacional. Esta instalación se consideraba fundamental para impulsar las comunicaciones en una economía que buscaba sustituir la exportación de petróleo por la exportación de manufacturas. No obstante el lugar que se eligió, Texcoco, fue desde antes de su designación la manzana de la discordia.

Gráfica 1.1
Gasto del Gobierno Federal 1982-2006



CAPÍTULO 2

SECTOR SALUD EN MÉXICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DEL SECTOR SALUD.

En México las políticas públicas en materia de salud tienen precedente en el Porfiriato (1876-1911), cuando el gobierno federal concentró las funciones de este rubro en el Consejo Superior de Salud, dependiente del Ministerio del Interior, e implementó una serie de políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país¹. Más tarde, en 1891, el Congreso federal inició la legislación de salud e higiene con la aprobación del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Al término de la revolución el país enfrentaba un panorama devastador en cuanto al área de la salud, ya que las políticas que hasta entonces se habían llevado a cabo se volvieron totalmente ineficientes puesto que se basaban en la acción municipal guiada por el Consejo Superior de Salubridad, por lo anterior fue necesario crear un organismo del Ejecutivo Federal que fuese de gran capacidad para poder destinar los recursos necesarios, así como normar acciones contra epidemias y en pro del saneamiento urbano. Así nace el Departamento de Salubridad con el apoyo del Consejo de Salubridad General, con lo que se permitió establecer Unidades Sanitarias Cooperativas en estados y municipios.

Pero fue hasta 1934, durante el cardenismo, cuando se establecieron las bases institucionales del actual sistema de salud. En estos años se crearon diversas instituciones de dicho sistema, tales como la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos, y se elaboraron los primeros proyectos para la Ley de Seguridad Social.

¹ John Eric, Paul H. Stuart, *Encyclopaedia of Social Welfare History in North America*, Sage, Estados Unidos, 2005, 184-185.

La expansión del sistema de salud y el fortalecimiento de las normas jurídicas en la materia tiene que ver con dos factores. En primer lugar, explica James Wilkie, era necesario combatir las condiciones de insalubridad en las que vivía la mayoría de la población en el país². En segundo lugar, la creación de un sistema institucional de salud también respondió a la lógica de legitimación que caracterizó al sistema político mexicano de los años cuarenta y cincuenta³.

Durante la administración de Cardenas se implanta por primera vez los servicios de salud de pago anticipado. El Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva; la participación gubernamental en salud fue creciente y cada vez más centralizada e integral.

A inicios de los cuarenta se podía ubicar la existencia de tres caminos para la asignación de los recursos públicos en materia de salud:

- a) La orientación sobre problemas de salud muy específicos, los cuáles se caracterizan por campañas sanitarias iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas.
- b) La asignación de recursos no personales y en menor medida asistenciales para la población que radicaba en los estados y municipios, tal y como era la misión de los Servicios de Salud Pública en los Estados.
- c) Canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción , por medio de las contribuciones de los trabajadores, empresarios y el gobierno.

En 1943, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se fundaron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas instituciones serían la base de dos modelos paralelos de atención a la salud: el de la Secretaría orientado a la población en general y el del IMSS destinado a los trabajadores que tienen una relación laboral formal.

² Wilkie James, *La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social*, Fondo de Cultura Económica, 1967, pág. 198.

³ *Ibid*, p. 198

El IMSS se fundó para poder canalizar contribuciones tripartitas en apoyo a la atención médica de los trabajadores, sobre todo en las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales. Éste modelo se encontraba muy en boga en el ámbito internacional, además de que encontraba un sustento en la Organización Internacional del Trabajo.

Desde su fundación en 1943, el actual sistema de salud ha contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos. Sin embargo, la forma en que se han financiado y organizado los servicios de salud en México, ha dejado desprotegida a una proporción significativa de la población, impidiendo que el gasto que hacen las familias en esta materia sea justo.

La SSA se establece con la fusión entre el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, el objetivo de ésta era el de la asignación de recursos los cuáles serían designados a la salud pública. Su misión se amplió para poder cubrir de manera un poco más integral a un sector de la población que quedó excluida de la seguridad social, en su mayoría campesina. Asimismo se encargaba de campañas la cuáles eran dirigidas al combate de epidemias y de problemas específicos de la salud.

Desde sus inicios, el desarrollo de la Secretaría de Salud experimentó logros y contratiempos. Entre 1943 y 1946 se crearon, entre otros, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, otorgándoles apoyo legal y financiero, e incluso cierta autonomía frente al Estado. Se impulsó a los centros de investigación, aunque los fondos del patrimonio de la SSA eran administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfirió ciertas partidas a otras secretarías⁴.

A finales de la década de 1950 y principios de los 60, se llevaron a cabo campañas contra enfermedades como la viruela y la fiebre amarilla. La Secretaría de Salubridad y Asistencia entregó 17 grandes centros de Salud urbanos y 339 rurales. Durante la administración del presidente López Mateos se transformó la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) lo que permitió mayor cobertura a la población trabajadora al

⁴ Santiago Zorrilla Arena, *50 años de Política Social en México*, Limusa , 1988, 105

servicio del aparato gubernamental⁵. En esos mismos años sesenta se intentó ampliar y regionalizar los servicios asistenciales que prestaba la SSA, tanto en el medio urbano como rural.

Ante la imposibilidad económica de seguir expandiendo la seguridad social a otros grupos de la población, en 1973 fue reformada la Ley del Seguro Social que daría cabida, a través de regímenes especiales, a grupos sociales excluidos. En octubre de 1972, Luis Echeverría lanzó la iniciativa de crear un nuevo Plan de Salud para el país. En 1973, esa iniciativa originó la Primera Convención Nacional de Salud y con ella la unidad de principios, propósitos y objetivos para ser alcanzados en el próximo decenio en materia de salud pública⁶.

La forma en que se encuentra definido el sistema de salud se halla relacionada con el sistema productivo. Los trabajadores asalariados que se encuentren laborando dentro del mercado formal, serán quienes se inserten dentro de las instituciones que brindan seguridad social. El financiamiento de la seguridad social depende, en el IMSS, de las contribuciones que haga tanto el trabajador como el empresario, así como de las aportaciones que efectúa el gobierno federal.

El modelo de seguridad social que se estableció no comprendió mecanismos normativos o de estructura que garantizaran la eficiencia y la competitividad de los servicios de salud. Lo anterior puede fundamentarse en que, si bien es cierto que en la carta magna se encuentra contemplado que el Estado brinde servicios médicos a la población, el sistema imperante en Seguridad Social no cubre a las personas que no se encuentren laborando de manera formal en el mercado de trabajo

En la década de los ochenta, la reforma del sistema de salud fue una respuesta a la crisis económica cuando se propuso por primera vez, integrar las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud. Sus bases políticas e ideológicas fueron elevadas a rango constitucional mediante la modificación del artículo 4º que estableció el derecho a la protección de la salud, en 1983⁷. En 1984, se implementa la Ley

⁵ Ibid, p. 166

⁶ Ibid p. 210

⁷ José Luis Bobadilla, "Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos", Capítulo 11 en *Observatorio de la Salud: Necesidades*,

General de Salud, durante la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado. El nuevo ordenamiento contiene los fundamentos del Sistema Nacional de Salud, define las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fija los lineamientos de acción para los programas de salud.

El Sistema Nacional de Salud durante el gobierno de Miguel de la Madrid se caracterizó por una importante participación estatal en la provisión directa de servicios a través de una gran variedad de instituciones semiautónomas desarticuladas. Durante el sexenio del presidente Carlos Salinas de Gortari, se inicia la estrategia de consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la coordinación funcional de sus instituciones, las cuales tenían que evitar la duplicidad de funciones e incrementar la participación de los sistemas locales y de la propia comunidad en materia de salud⁸.

El Primer Programa Nacional de Salud, tiene sus orígenes en el sexenio de Miguel de la Madrid, el cual se deriva del Plan Nacional de Desarrollo. Los sexenios siguientes (Salinista y Zedillista) también contaron con la elaboración de su respectivo Programa Nacional de Salud. Entre los objetivos similares para los programas nacionales de salud de cada sexenio se encuentran⁹:

- 1) Sumar esfuerzos interinstitucionales para el desarrollo conjunto de programas que generen mejores resultados, en términos de cobertura y oportunidad.
- 2) Elevar el índice de esperanza de vida.
- 3) Reducir la tasa de mortalidad general, infantil y materna.
- 4) Aprovechamiento y mejoramiento de la infraestructura.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari las estrategias planteadas se fundamentaron en el Plan Nacional de Desarrollo de la administración anterior, a

Servicios, Políticas, Centro de Economía y Salud (CES). Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, 1994.

⁸ Jesús Kumate, "Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno", en Arturo Warman, *La política social en México, 1989-1994*, FCE, México, 1994, pág.156.

⁹ Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

continuación se presentan los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994¹⁰ entonces planteados:

1. Elevar la calidad de los servicios de salud.
2. Atender las desigualdades sociales.
3. Modernizar el sistema de salud.
4. Descentralizar y mejorar los servicios de salud.

Lo anterior se llevaría a cabo mediante mayor inversión, poniendo atención en zonas rurales y urbanas marginadas; asimismo mediante el impulso de una cultura de prevención y el auto-cuidado de la salud individual, familiar y colectiva.

Las instituciones y organismos del Sistema Nacional de Salud, mostraban rezagos y obstáculos relacionados con la calidad y la eficiencia de los servicios, para lo cuál en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 se establecieron tres objetivos básicos para el sector salud:

1. Descentralizar los servicios de salud dirigidos a la población abierta.
2. Consolidar la modernización administrativa del sector salud.
3. Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud.

La descentralización de los recursos operativos estriba en la transferencia de recursos a las entidades federativas de los recursos humanos, financieros y materiales. Una segunda vía de descentralizar es la de transferir servicios de salud, vigilancia epidemiológica y de regulación sanitaria. Es la Secretaría de Salud y Asistencia quien definió en su mayoría las acciones y funciones que habrían de descentralizarse, otras medidas importantes que se adoptaron fueron:

- a. Se creó el Sistema de Información en Salud a Población Abierta, con la finalidad de unificar la captación de información. Integra los sistemas de información que operan las instituciones de salud a población que es derechohabiente.

¹⁰ Plan Nacional de Desarrollo 1989 – 1994, pp104-106.

- b. La SSA diseñó el Subsistema de Análisis Comparativo del Desempeño, la cuál monitoreaba de forma ordenada indicadores que dan cuenta de la calidad de los servicios.
- c. Modificaciones al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, como fueron la creación del Comité Nacional de la normatividad existente, se modernizó el sistema para la expedición de licencias sanitarias de funcionamiento de unidades de salud, reduciendo el tiempo y las condiciones de gestión.

La presente administración del presidente Fox se ha planteado cuatro objetivos¹¹ principales:

- 1. Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- 2. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- 3. Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- 4. Fortalecer el sistema de salud.

En las pirámides poblacionales se puede observar cómo ha cambiado la estructura de la población lo cuál es resultado del control de la natalidad, de una mayor planeación de la familia, aunque cabe mencionar que la población adulta y adulta mayor está creciendo y a su vez la demanda para la atención de su salud, provocando así una sobresaturación de los servicios que presta el Estado ya que a la población que se encuentre dentro del sistema de seguridad social ó a las personas que no son derechohabientes.

El 57.8 por ciento del total de la población no esta asegurada por alguna institución de seguridad social¹², por lo cual en la mayoría de los casos posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo que el tratamiento involucra y el limitado patrimonio del que disponen. Este amplio sector de no asegurados se encuentra en mayor riesgo de empobrecimiento por gastos satisfactorios en salud.

¹¹ Plan Nacional de Desarrollo 2000 – 2006, pp 49-54.

¹² Información obtenida de www.salud.gob.mx

Es en el 2002, con la finalidad de enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que el Gobierno de la República en coordinación con los Gobiernos Estatales instrumentaron el Seguro Popular de Salud como parte de una estrategia integral estructurada en la nueva política social. Su financiamiento será fundamentalmente público, mediante subsidio y complementado con una contribución menor de los asegurados, así como por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Además del objetivo de fungir como programa piloto, el SPS¹³ respondió al menos a tres grandes objetivos fundamentales:

*Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.

*Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.

*Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud

El 15 de mayo de 2003 fue publicado el decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud, una vez que la iniciativa de ley presentada por el Poder Ejecutivo, fuera aprobada en el mes de abril, en las Cámaras de Senadores y Diputados. Las disposiciones de este Decreto, entró en vigor a partir del primero de enero de 2004.

Esta reforma, establece los lineamientos para incorporar gradualmente a todos los mexicanos que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social, al Sistema de Protección Social en Salud, sin importar su situación social ni su condición laboral.

La protección social en salud se describe como el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, adscritos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud¹⁴.

¹³ www.seguro-popular.gob.mx

¹⁴ Ley General de Salud, Art. 77 BIS 1 y 77 BIS 2., en: www.salud.gob.mx

Además, se incluye el concepto de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo, que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

2.2 SECTOR SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

2.2.1 IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social se crea con la finalidad de asegurar a los trabajadores y a sus familias , su fundamento principal se encuentra en la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, la cuál se expidió el 30 de abril de 1904 y en la Ley sobre Accidentes de Trabajo perteneciente al estado de Nuevo León en el año de 1906; para ambos casos se obligaba al empresario a hacerse responsable del trabajador en caso de que tuviera algún tipo de percance mientras se encontraba en el horario de trabajo.

Es en el artículo 123 constitucional que se encuentra la base constitucional del seguro social en México, aún cuando se implanta esta regla de manera nacional, no se ha extendido hasta el rubro de la atención de la salud de los trabajadores ni de sus familias. En enero de 1943 estando el Presidente Ávila Camacho en el poder se publica en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social, en donde se establece el derecho de los trabajadores a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual ó colectivo.

De lo anterior se desprende la creación de Instituto (IMSS) como un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios.

En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio-médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50 en el período comprendido entre 1964 y 1970.

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-Coplamar, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El Programa recibió un renovado impulso a partir del año 2002 al denominársele como *IMSS-Oportunidades*, financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país.

En la actualidad es la Institución de Seguridad Social más grande de América Latina; la población derechohabiente asciende para el año 2006 a 47 536 millones de personas. Las prestaciones sociales que otorga el IMSS se clasifican en dos grandes rubros:

1. Prestaciones enfocadas hacia el desarrollo individual, el bienestar familiar y comunitario; en este rubro se ordenan los programas referidos a guarderías, bienestar y desarrollo familiar, atención a jubilados y pensionados, actividades deportivas y centros recreativos (vacacionales).
2. prestaciones que favorecen directamente a los procesos productivos y la economía familiar, que en este caso se agrupan en los siguientes programas: tiendas, velatorios, y actividades culturales y artísticas.

Tabla 2.1

Población derechohabiente del IMSS (Miles de personas)				
Año	Total	Asegurados permanentes y eventuales	Familiares asegurados	Municipios con servicios
1980	24,125	6,369	17,019	1,234
1985	31,528	8,132	21,963	1,426
1990	36,575	10,764	25,674	1,519
1991	36,952	11,333	25,392	1,523
1992	37,455	11,369	23,755	1,527
1993	35,737	11,317	22,884	1,527
1994	35,554	11,561	22,299	1,528
1995	34,324	10,932	20,533	1,531
1996	37,251	11,985	22,366	1,546
1997	29,152	13,711	22,613	1,549
1998	41,942	13,611	25,095	1,549
1999	44,557	14,560	26,649	1,549
2000	45,534	15,240	27,822	1,549
2001	45,972	15,131	27,099	1,549
2002	46,199	15,517	26,887	1,549
2003	41,851	15,750	22,127	1,549
2004	42,993	16,288	22,590	1,549
2005	44,951	17,052	23,637	1,549
2006	47,536	18,042	25,070	1,549

Fuente: elaboración propia con datos del Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno.

2.2.2 ISSSTE

La predecesora del ISSSTE es la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, ésta nace como un organismo descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propia, y se crea mediante la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925. El 1° de noviembre de 1938, surgió la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio de Estado (FSTSE), con lo que se daba a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia y se garantizaba la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses. En 1959 el artículo 123 constitucional sufre una transformación en su apartado B, dónde se incorporan las garantías que el Estado Jurídico de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio de Estado (FSTSE).

Durante el mismo año el presidente López Mateos anunció que presentaría ante el Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), la cuál fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE.

Con lo anterior se da la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ésta constituía una de las primeras leyes en México en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto la asistencia de la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.¹⁵

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) es un organismo público y bipartito que se encarga de brindar servicios de seguridad social a los trabajadores al servicio de Estado. Éste ofrece las siguientes prestaciones:

- a. Seguro de enfermedades y maternidad.
- b. Seguro de riesgos de trabajo.
- c. Seguro de jubilación, invalidez, muerte y cesantía.

¹⁵ www.issste.gob.mx

- d. Seguro de retiro.
- e. Prestaciones sociales y culturales.
- f. Servicios para el bienestar y desarrollo infantil.
- g. Prestaciones económicas.

En lo referente al gasto público, el ISSSTE ha venido demandado un incremento ya que una gran parte de sus derechohabientes se han estado jubilando lo cuál ha acrecentado la carga en otro sector de derechohabientes que se encuentran en una vida laboral activa.

El hecho de que los trabajadores tengan una mayor esperanza de vida provoca que se atiendan un mayor número de enfermedades algunas de las cuáles son eminentemente de vejez, lo que trae como consecuencia un cambio en las prioridades de las políticas en salud de esta institución, y a su vez una mayor diversificación del presupuesto en un mayor número de programas y campañas.

INFRAESTRUCTURA BÁSICA DEL ISSSTE PARA 2006

Población derechohabiente	10,295,082
Estancias de bienestar y desarrollo infantil	137
Tiendas	265
Farmacias	116
Velatorios	7
Panteones	1
Agencias turísticas	38
Hoteles y balnearios	2
Talleres para jubilados	98
Centro Geriátrico	1
Centro de convivencia para jubilados y pensionados	1
Comedores	11
Centros de capacitación	38
Centros culturales	74
Centros deportivos	9
Bibliotecas	61
Teatros	2
Foro	1
Clínicas de medicina familiar	94
Clínicas de especialidades	14
Unidades de medicina familiar	926
Consultorios auxiliares	105
Clínicas-hospital	71
Hospitales generales	24
Hospitales regionales	10
Centro Médico Nacional	1
Centro de Cirugía Ambulatoria	1
Estancia Temporal para Enfermos de los Estados	1
Consultorios	5,430
Laboratorios	209
Quirófanos	293
Camas censables	6,778
Camas de tránsito	2,986

Fuente: elaboración propia con información obtenida en: www.issste.gob.mx

Tabla 2.2

Población derechohabiente del ISSSTE				
<i>(Miles de personas)</i>				
Año	Total	Asegurados permanentes y eventuales	Familiares asegurados	Municipios con servicios
1980	4 985	1 436	3 422	n.d.
1985	6 447	1 857	4 402	n.d.
1990	8 302	1 012	5 910	803
1991	6 507	2 015	6 070	806
1992	8 642	2 046	6 162	812
1993	8 919	2 107	6 347	823
1994	9 101	2 150	6 452	825
1995	9 246	2 180	6 541	822
1996	9 311	2 188	6 565	854
1997	9 172	2 221	6 669	857
1998	9 724	2 275	6 820	871
1999	9 897	2 304	6 910	876
2000	10 066	2 338	7 010	889
2001	10 237	2 369	7 102	893
2002	10 309	2 373	7 114	892
2003	10 262	2 267	7 099	892
2004	10 463	2 379	7 134	892
2005	10 608	2 398	7 191	892
2006	10 766	2 420	7 256	892

Fuente: elaboración propia con datos del Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno.

2.2.3 SSA

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se establece con la fusión entre el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, el objetivo de ésta es el de asignación de recursos los cuáles sería designados a la salud pública.

“La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo Federal, tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confiere la Ley Orgánica

de la Administración Federal Pública, la Ley General de Salud y otras leyes, así como reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República”¹⁶

El Consejo de Salubridad General (CSG) se establece en México en 1917 como un organismo de gobierno encargado de estudiar y elaborar los reglamentos de aplicación federal en cuestiones de política sanitaria. Éste es considerado por la Ley General de Salud como una autoridad sanitaria y a su vez como parte integrante del Sistema de Salud Nacional, tiene la capacidad de conformar el cuadro de insumos básicos del sector.

La SSA forma parte del sector central, las instancias definidas como de apoyo y asesoría en la estructura de la Secretaría son: la Comisión Interna de Administración y Programación, la Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y por último la Comisión Coordinadora de Programas Prioritarios de Salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se encuentra organizada en tres subsecretarías:

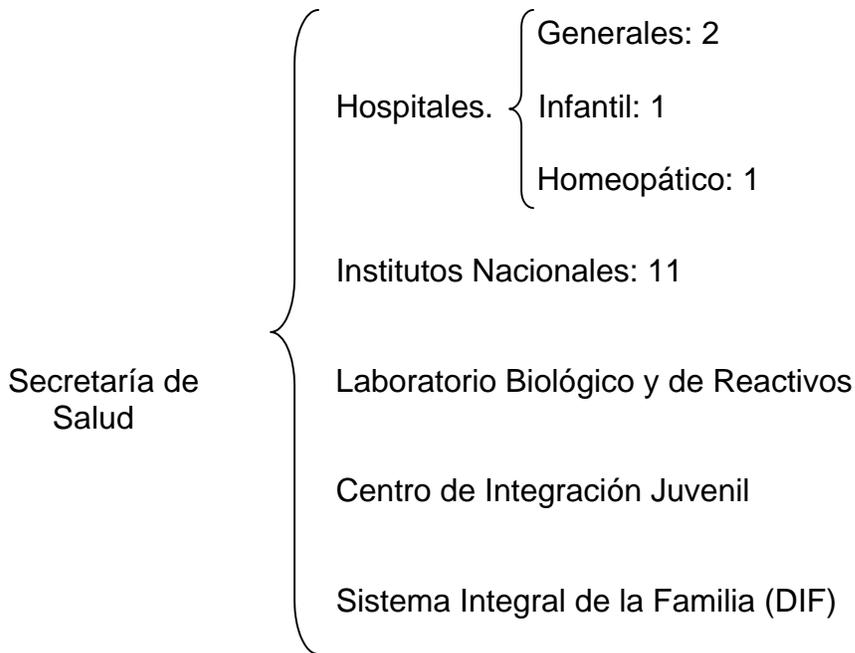
1. Planeación, que organiza y ejecuta el proceso de programación y presupuestación de la secretaría y lleva a cabo los estudios necesarios para disponer de información adecuada para la planeación y la toma de decisiones de la dependencia.
2. Regulación Sanitaria, elabora normas técnicas, extiende autorizaciones, licencias y ejerce las facultades de control y vigilancia, todo esto en materia sanitaria.
3. Servicios de Salud, organiza y coordina las acciones de medicina preventiva y los programas de atención médica en los que participa la secretaría.

La Secretaría de Salud tiene bajo su jurisdicción a dos hospitales generales, un hospital infantil, un hospital homeopático, once institutos nacionales, un Centro de Integración Juvenil, un laboratorio biológico y de reactivos y el Sistema Integral de la Familia (DIF).

¹⁶ Art. 1, Capítulo I, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Diagrama 2.1

Infraestructura de la Secretaría de Salud.



En cuanto a los hospitales, el Hospital Infantil de México, éste último busca ser un generador de conocimientos en pediatría, proporcionar atención médica en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de infantes que no tengan acceso a seguridad social y por lo tanto con recursos económico bajos. El Hospital General de México fue inaugurado el 5 de febrero de 1905, su capacidad física instalada es de 937 camas censables y 220 camas no censables, 42 salas quirúrgicas, 4 salas de expulsión y 14 salas de procedimientos, 20 ceyes, 9 salas de terapia intensiva, 2 cuneros, 4 áreas de admisión, 10 salas de recuperación, 183 consultorios, 24 salas de espera, 27 salas de rayos X, 12 áreas de laboratorio, 1 sala de aféresis, 1 sala de sangría, 12 salas de ultrasonido, 1 sala de endoscopia, 10 cubículos de terapia de lenguaje, 1 de anatomía patológica, 2 auditorios y 57 aulas.

Cuadro 2.1

SERVICIOS HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO			
Oftalmología	Oncología	Genética	Medicina General
Otorrinolaringología	Geriatría	Patología	Farmacología Clínica
Audiología y Foniatría	Terapia Intensiva	Banco de Sangre	Neumología
Cirugía General	Anestesiología	Medicina Física y Rehabilitación	Reumatología
Urología	Quirófano Central	Urgencias	Neurología
Nefrología	Clínica del dolor	Cirugía Experimental	Infectología
Gastroenterología	Laboratorio Central	Pediatría	Endocrinología
Ortopedia	Radiología e Imagen	Cardiología	Medicina Preventiva
Cirugía Plástica	Medicina Interna	Alergia e Inmunología	Dermatología

Fuente: www.hgm.gob.mx

El Hospital Juárez se crea el 19 de julio, lleva el nombre de Hospital Juárez, en recuerdo del presidente Juárez, nombre que conserva hasta la fecha; Los recursos para la atención con que cuenta el hospital son: 400 camas censables y 135 no censables; 69 consultorios distribuidos en los diferentes servicios, 2 comedores y 1 cocina que procesan 2,589 raciones diarias, distribuyéndose entre 1,290 desayunos, 732 comidas y 567 cenas. Actualmente se realizan cursos en 18 especialidades y sub-especialidades, todas con reconocimiento universitario¹⁷.

El Hospital Homeopático entró en operación el 15 de julio de 1893, Constituido por 8 cuerpos arquitectónicos con los servicios de Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna; cuenta con 68 camas censables¹⁸. El Hospital “Dr. Manuel Gea González” se inauguró el 19 de mayo de 1947.

¹⁷ Información obtenida en: www.hospitaljuarez.com.mx

¹⁸ Información obtenida en: www.hospitalnacionalhomeopatico.org.mx/

Cuadro 2.2

Especialidades que presta el Hospital Manuel Gea González

Medicina Interna	Anestesiología
Dermatología	Oftalmología
Gastroenterología	Otorrinolaringología
Genética	Cirugía Cardiovascular
Psiquiatría y Salud Mental	Ortopedia
Infectología	Urología
Pediatría	Cirugía Plástica y Reconstructiva
Consulta Externa por Especialidades	Apoyo Metabólico y Nutricional
Ginecología	Estomatología y Ortodoncia
Obstetricia	Rehabilitación
Medicina Transfucional	Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva
Medicina Familiar	Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor
Trabajo Social	Cirugía de Corta Estancia

Fuente: elaboración propia con información obtenida en: www.facmed.unam.mx/gea/

Los Institutos Nacionales de Salud (INSalud) son un grupo incorporado de diez instituciones dentro del Sector de la Salud; su campo de acción es el territorio nacional y tienen como objetivo la investigación científica, la formación, y capacitación de recursos humanos altamente calificados; así como la prestación de servicios de atención médica especialidad. Son organismos públicos descentralizados, que de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, han sido creados por ley o por decreto y poseen personalidad jurídica y patrimonio propios; regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 2000 y coordinados por la Secretaría de Salud, a través de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.

En los INSalud se ofrece atención médica del más alto nivel en su campo, se forman especialistas y profesores en casi todas las materias médicas y se realizan actividades de investigación biomédica, clínica y sociomédica. En América Latina, la medicina mexicana mantiene un alto prestigio. La existencia de los resultados alcanzados por los INSalud, es sin lugar a dudas uno de los pilares que sustentan ese prestigio. Por ejemplo, en las áreas de cardiología, nutrición, medicina interna y cancerología un elevado número de especialistas latinoamericanos recibieron entrenamiento en los INSalud correspondientes. La investigación científica ha aportado

notables contribuciones en diversos campos, siendo los más fructíferos en los tiempos recientes las neurociencias, la inmunología, la gastroenterología y la salud pública.¹⁹

A continuación presento dos cuadros en donde se concentra la información característica de los Institutos Nacionales, así como con la infraestructura que cuentan:

Cuadro 2.3
Institutos Nacionales

Año de Creación	Nombre del Instituto	Características
1964	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".	Fundado por el Dr. Velasco Suárez. Brinda servicio médico neurológico a la población mexicana mediante consulta externa.
12/09/1946	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	A su creación su nombre era Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Sus actividades asistenciales sirven como sustento de la educación y de investigación.
27/01/1987	Instituto Nacional de Salud Pública	Busca planear, organizar y realizar programas de formación y desarrollo de recursos humanos.
1970	Instituto Nacional de Pediatría	Organismo público descentralizado con personalidad jurídica propia y patrimonio propios, coordinado por la Secretaría de Salud. Dentro de sus objetivos está el de capacitar y actualizar al personal profesional, técnico y auxiliar; realizar investigación científica para la salud así como formar recursos humanos especializados en pediatría; entre otras.
14/01/1982	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Objetivos: impartir enseñanza de postgrado así como contribuir en la formación de personal especializados en enfermedades respiratorias; asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; entre otras.
	Instituto Nacional de Cardiología	Su propósito es el de ofrecer la atención en problemas de cardiología a la población abierta que se encuentra económicamente débil.
	Instituto Nacional de Cancerología	Es un organismo descentralizado de tercer nivel. Es el centro rector en cuanto atención del cáncer, busca proveer atención médica a pacientes que no se encuentran insertos en la seguridad social.

¹⁹ <http://www.cableeducacion.org.mx/Salud/salud-instituto.htm>

10/01/1977	Instituto Nacional de Perinatología	Su objetivo es alcanzar servicios de alta calidad en la resolución óptima de problemas de riesgo materno y perinatal, y de la reproducción humana.
26/12/1979	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	A su creación se le llamó Instituto Mexicano de Psiquiatría. Dentro de sus objetivos se encuentran: hacer un estudio integral de los enfermos psiquiátricos, fungir como asesor de otros organismos públicos y privados de su competencia; entre otros.
1973	Instituto Nacional de Rehabilitación	Busca ofrecer a la población una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: "Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas".
20/07/2004	Instituto Nacional de Medicina Genómica	Contribuir al cuidado de la salud de los mexicanos desarrollando investigación científica de excelencia y formando recursos humanos de alto nivel, que conduzcan a la aplicación médica del conocimiento genómico a través de una cultura innovadora, tecnología de vanguardia y alianzas estratégicas

Fuente: Elaboración propia con información de www.salud.gob.mx

Cuadro 2.4
Infraestructura de los Institutos Nacionales

Instituto	Camas Censables	Servicios que presta
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".	220camas	Consulta externa, hospitalización, laboratorio,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	120 camas	internación, servicios de laboratorios y gabinetes y tres departamentos médicos: endocrinología, gastroenterología y hematología.
Instituto Nacional de Salud Pública	-	-
Instituto Nacional de Pediatría	-	-

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	-	-
Instituto Nacional de Cardiología	-	Preconsulta, <u>Consulta Externa</u> , Servicios de Hospitalización en Cardiología para Adultos, Cardiología Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, Cardioneumología y Nefrología; Servicios de Cirugía y Hemodinamia, Terapia Postquirúrgica; Gabinetes para diagnóstico de Ecocardiografía, Medicina Nuclear, Electrocardiografía, Medicina Física, Radiología y Rehabilitación, Laboratorios de Química, Inmunología, Hematología, <u>Banco de Sangre</u> , Pruebas Respiratorias y Patología.
Instituto Nacional de Cancerología	-	-
Instituto Nacional de Perinatología	87 camas	Consulta externa, tococirugía, urgencias, Anestesiología, Obstetricia, Ginecología. Se cuenta en esta área con 6 Quirófanos (2 para Procedimientos Laparoscópicos, 2 para Procedimientos Obstétricos y 2 para Cirugía Ginecológica), 4 Salas de Expulsión, 6 Salas de Labor, 1 Cunero de transición, 1 Almacén y Área de Recuperación (Para 12 camillas).
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	50 camas	Hospitalización, laboratorio clínico, imágenes cerebrales, electroencefalograma y mapeo cerebral, psicología clínica y neuropsicología.
Instituto Nacional de Rehabilitación	-	-
Instituto Nacional de Medicina Genómica	-	-

Fuente: elaboración propia con información obtenida en las páginas web de cada Instituto Nacional.

Nota: En los Institutos en dónde no hay información es porque en la página web no se hallan los datos manejados en el cuadro.

Encuesta de evaluación de los servicios médicos que ofrecen los Institutos Nacionales

Realicé una encuesta en algunos institutos con la finalidad de obtener algunas opiniones que tienen los pacientes, que son quienes pueden dar cuenta de que tan productiva y cuanta calidad ostentan los Institutos Nacionales, a continuación se presentan las preguntas de la encuesta.

Cuestionario

1. ¿Tuvo dificultad o tardó mucho para que fuera atendido por 1ra. Vez?
2. ¿Cuánto tiempo se tarda usted en una consulta?
3. ¿Cada cuando le programan o le dan consulta?
4. ¿Le han efectuado análisis o estudios?
5. ¿Son amables los médicos, enfermeras y el personal administrativo con usted?
6. ¿Le proporcionan los medicamentos recetados o únicamente le extienden la receta?
7. ¿le parecen accesibles los costos?
8. ¿qué le parece el servicio que presta el instituto?

En cuanto a los costos que les representa a los pacientes los servicios prestados por los diferentes Institutos, no les parece que estén elevados sino más bien son los medicamentos recetados para los diferentes tratamientos los que son bastante caros.

REQUISITOS PARA SER ATENDIDO POR LOS INSTITUTOS NACIONALES²⁰

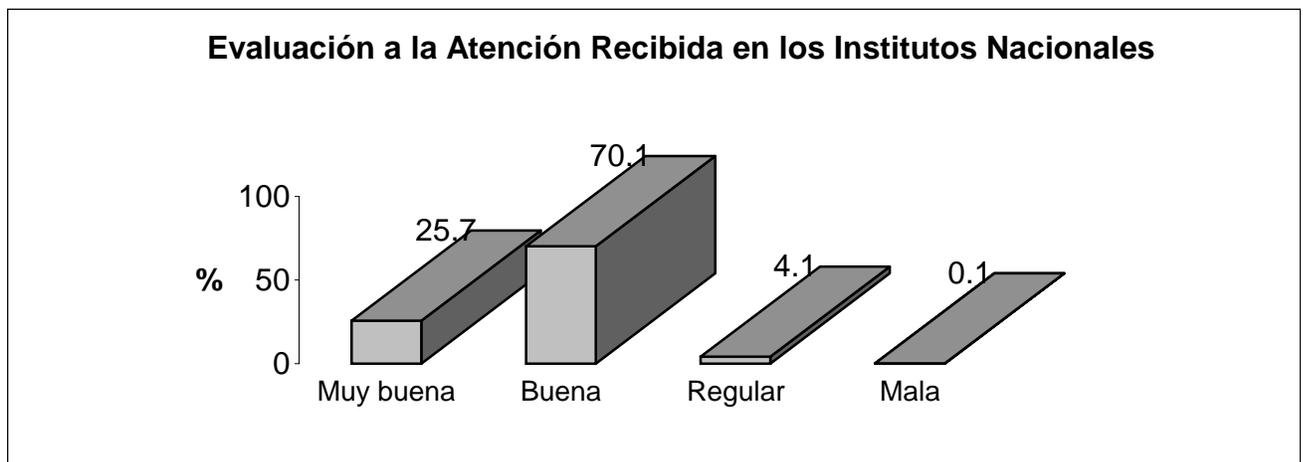
1. *En el servicio de Preconsulta o en informes del Instituto, el paciente recibirá los formatos para que tramite las constancias de no pertenecer a ninguna Institución de la Seguridad Social, es decir IMSS, ISSSTE o alguna otra Institución que le proporcione servicio médico, Pemex, Compañías aseguradoras, Metro, Comisión Federal de Electricidad, Policía Auxiliar, etc., o Subrogados del ISSSTE.*
2. *Presentar constancia médica de que el solicitante padece una enfermedad que pueda ser atendida por el instituto*

²⁰ Información obtenida en www.salud.gob.mx

3. *Traer comprobante de domicilio* (predial, recibo de luz, agua o teléfono) credencial de elector con fotocopia y comprobante oficial de ingresos (si no se tiene, hacer una carta señalando el tipo de ocupación y su ingreso mensual promedio).
4. *Presentar Identificación con fotografía.*
5. *Ser mayor de 15 años.*

Una vez que es aceptado el paciente se le piden cartas expedidas por el IMSS e ISSSTE en las cuáles conste que no se es derechohabiente de estas instituciones, se les hace una estudio socioeconómico para ver cuál será la cantidad que deberán de pagar por los servicios que obtendrán, cabe aclarar que los Institutos son quienes cargan desde un 80-90 por ciento del costo de la atención prestada, se puede decir que el pago es algo simbólico.

La programación de las citas subsecuentes varía de paciente a paciente, esto depende del padecimiento que tenga por ejemplo alguien que tiene un tic puede citarse una vez cada semana y conforme vaya mejorando sus citas se vayan espaciando, hasta alguien que sufra de migraña que una vez dado el tratamiento se cite hasta dentro de dos meses, esto en el Instituto Nacional de Neurocirugía.



Los servicios que ofrecen según la perspectiva de los pacientes atendidos en los mismos es muy buena; en primera instancia tienen una preconsulta en dónde se valora

el caso, en algunas ocasiones se manda a hacer estudios, todo depende del padecimiento con el que se presente ante la institución, posteriormente se da una primera consulta en dónde es aceptado o no el paciente en el instituto.

2.2.4 ISSFAM

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, (ISSFAM) es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene como objetivo brindar bienestar a los militares en servicio activo o en situación de retiro y a sus derechohabientes, en materia de salud, vivienda y educación.

Se fundamenta en la Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y la Armada Nacionales de 1926, la cuál a su vez da origen a la Dirección de Pensiones Militares, que posteriormente crea la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas ésta a lo que en la actualidad conocemos como el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas que entra en vigor el 29 de julio de 1976.

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, tiene como misión el proporcionar prestaciones de carácter Social, Económico y de Salud a los militares en Activo, situación de Retiro, a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios con un alto grado de calidad y conforme a las normas legales vigentes.

La visión del ISSFAM es la de ser una Institución que proporciona seguridad social a los miembros en activo, y en situación de retiro, de las Fuerzas Armadas, sus derechohabientes, pensionistas beneficiarios, incluyendo tres aspectos:

- Proporcionar prestaciones y servicios de calidad adecuados, para el bienestar y tranquilidad de los usuarios.
- Establecer mecanismos financieros, que garanticen la correcta administración del patrimonio del Instituto.

- Ofrecer a su planta laboral, el ambiente adecuado para su desarrollo humano y profesional.

Dentro de las funciones principales de esta entidad están:

- Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la Ley del Instituto le encomienda.
- Administrar su patrimonio para el fin señalado en la Ley del ISSFAM
- Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos.
- Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:
 - La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen en condominio.
 - La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones.
- El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.
- Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda, programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada.
- Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos.
- Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de la Ley.
- Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.
- Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.
- Expedir los reglamentos para la debida prestación de los servicios y para su organización interna.
- Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social.
- Las demás que le confiera las Leyes y Reglamentos.

Tabla 2.3**Indicadores de eficiencia y productividad del ISSFAM**

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Población Derechohabiente</i>											
SDN	878,0	1.024,4	1.621,8	1.020,4	1.509,7	1.496,6	2.347,2	1.437,4	1.597,0	1.625,5	1.672,5
SM	1.217,8	1.015,8	1.041,4	1.046,9	1.045,7	1.120,3	1.420,7	1.155,9	1.939,8	1.300,5	1.429,0
Total	2095,80	2040,17	2663,23	2067,31	2555,40	2616,90	3767,90	2593,30	3536,80	2926,00	3101,50

Fuente: elaboración propia con datos del Anexo Estadístico del 6^a Informe de Gobierno

2.2.5 Seguro Popular de Salud

Es un seguro público y voluntario, subsidiado por el gobierno federal para recibir atención en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud. Tiene como objetivo reducir el número de familias que se empobrecen anualmente como consecuencia de gastos catastróficos por la atención de problemas de salud. Es un programa de protección financiera que promueve la solidaridad entre sanos y enfermos. Es importante considerar que la naturaleza humana no exenta a ninguno de nosotros de enfrentar una situación de enfermedad.

Al afiliarse, el asegurado hará un pago proporcional a su ingreso que sustituye las cuotas de recuperación actuales. El resto del costo de su atención será cubierto mediante un subsidio público.

El Seguro Popular de Salud, ha concretado impactos positivos en los niveles de salud y bienestar de sus asegurados, disminuyendo significativamente los gastos catastróficos de bolsillo, reflejándose en el incremento del índice de protección financiera.

El Seguro Popular se enmarca en la estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Su propósito es brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

El gasto de bolsillo²¹ ocurre normalmente en las condiciones más adversas para las familias de menores ingresos no aseguradas, teniendo que acudir frecuentemente a servicios particulares de alto costo y no necesariamente escrupulosos.

El Seguro Popular, es un programa innovador de carácter federal, cuyo propósito central no está encaminado a la prestación de servicios médicos, sino a evitar que estos sigan subsidiados mayoritariamente por el gasto de bolsillo. En consecuencia es un mecanismo de protección financiera familiar.

La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuándo va a enfermar o sufrir un accidente grave. Si estos acontecimientos impredecibles se enfrentan sin un seguro de salud, se corre el peligro de incurrir en gastos excesivos.

Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud, porque:

*La enfermedad genera gastos que empobrecen a millones de familias mexicanas.

*Los periodos de enfermedad son el momento menos adecuado para tomar decisiones.

*Desalienta la atención preventiva.

*Rompe el principio de solidaridad social entre sanos y enfermos, entre jóvenes y ancianos. Es inequitativo, pues obliga a los pacientes a pagar en un momento en que su capacidad para generar ingresos se ve reducida.

*Impone una barrera financiera que lleva a muchas personas a posponer la atención o a renunciar a ella.

*Una persona enferma se encuentra en la situación más desfavorable para buscar servicios de calidad.

Actualmente, en México más de la mitad del gasto total en salud es gasto de bolsillo. Cada año cerca de tres millones de familias enfrentan gastos excesivos, con el consecuente empobrecimiento.

Una condición tan injusta y en la que no prevalece la solidaridad humana es, desde cualquier perspectiva, intolerable y demanda una solución inmediata.

²¹ Significa que las personas absorben el costo total de las enfermedades cualquiera que este fuere, desde una consulta con su respectivo medicamento hasta intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos para enfermedades terminales.

Objetivos del Seguro Popular²²

- *Disminuir el gasto privado de bolsillo.
- *Reducir riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables.
- *Fomentar la atención oportuna de la salud.
- *Fortalecer el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son.
- *Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas.

Su *misión* es la de atender a los mexicanos que carecen de acceso a los sistemas de seguridad social, accediendo a servicios de salud de calidad, reduciendo con ello el número de familias que se empobrecen anualmente como consecuencia de los gastos catastróficos por la atención de problemas de salud.

El Seguro Popular de Salud, ha concretado impactos positivos en los niveles de salud y bienestar de sus asegurados, disminuyendo significativamente los gastos catastróficos de bolsillo, reflejándose en el incremento del índice de protección financiera.

La cobertura de servicios que los prestadores otorgarán a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud comprende la mayoría de las intervenciones que se realizan en los centros de salud y hospitales generales de la red de servicios estatales de salud pública. Su costo promedio nacional es de \$1,411.00 por individuo.

El Gobierno Federal destina un subsidio que se complementa con las aportaciones de las familias. El monto de recursos del subsidio por individuo asegurado, esto es el subsidio per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del catálogo de beneficios médicos estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto de Egresos de la Federación.

Los beneficios que se ofrece a la población mediante el Seguro Popular de Salud son²³:

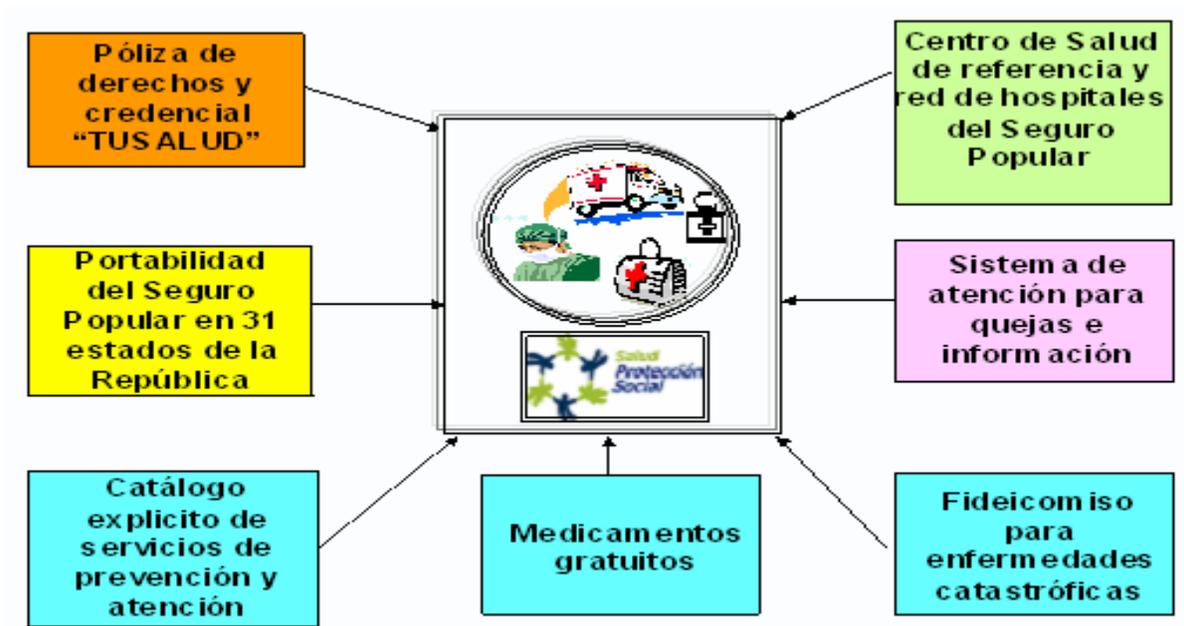
²² Información obtenida en www.salud.gob.mx

²³ Información obtenida en: www.seguro-popular.gob.mx

1. El Seguro Popular es un seguro público y voluntario que ofrece un paquete explícito de servicios de salud.
2. La póliza del Seguro Popular cubre hasta ahora 154 intervenciones o servicios médicos.
3. Sustituye el pago de cuotas de recuperación por aportación anticipada.
4. Garantiza el surtimiento de 168 medicamentos asociados al paquete de servicios.
5. Acceso igualitario a la atención médica
6. Ofrece trato digno y atención de calidad
7. Reduce el riesgo de enfrentar gastos catastróficos a familias vulnerables.
8. Las aportaciones se realizan conforme a la capacidad de pago de cada familia.
9. Con su tarjeta de afiliación, que les brinda portabilidad, los beneficiarios reciben atención médica en todos los centros de salud y hospitales de la red a nivel nacional.
10. Programación de citas y exámenes preventivos
11. Fomenta la atención oportuna de la salud.
12. Fortalece el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son.

Diagrama 2.2

Beneficios del Seguro Popular de Salud



Este programa se creó en 2001, periodo en el cual se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En 2002 fueron afiliadas 295 mil 513 familias en 14 entidades federativas. Para el 2003, el Sistema operó en 21 estados, logrando que 622 mil 819 familias se afiliaran.

En el 2004, el Seguro Popular cerró con 1 millón 563 mil familias afiliadas, con operación en 30 estados de la República Mexicana. Al concluir el año pasado, la cifra de beneficiarios aumentó a 3 millones 555 mil 977 familias en todo el país, es decir, los 31 estados y el Distrito Federal. En el siguiente mapa se muestran de manera gráfica los estados que fueron piloto, así como la última entidad en integrarse al Seguro Popular.

Mapa 2.1

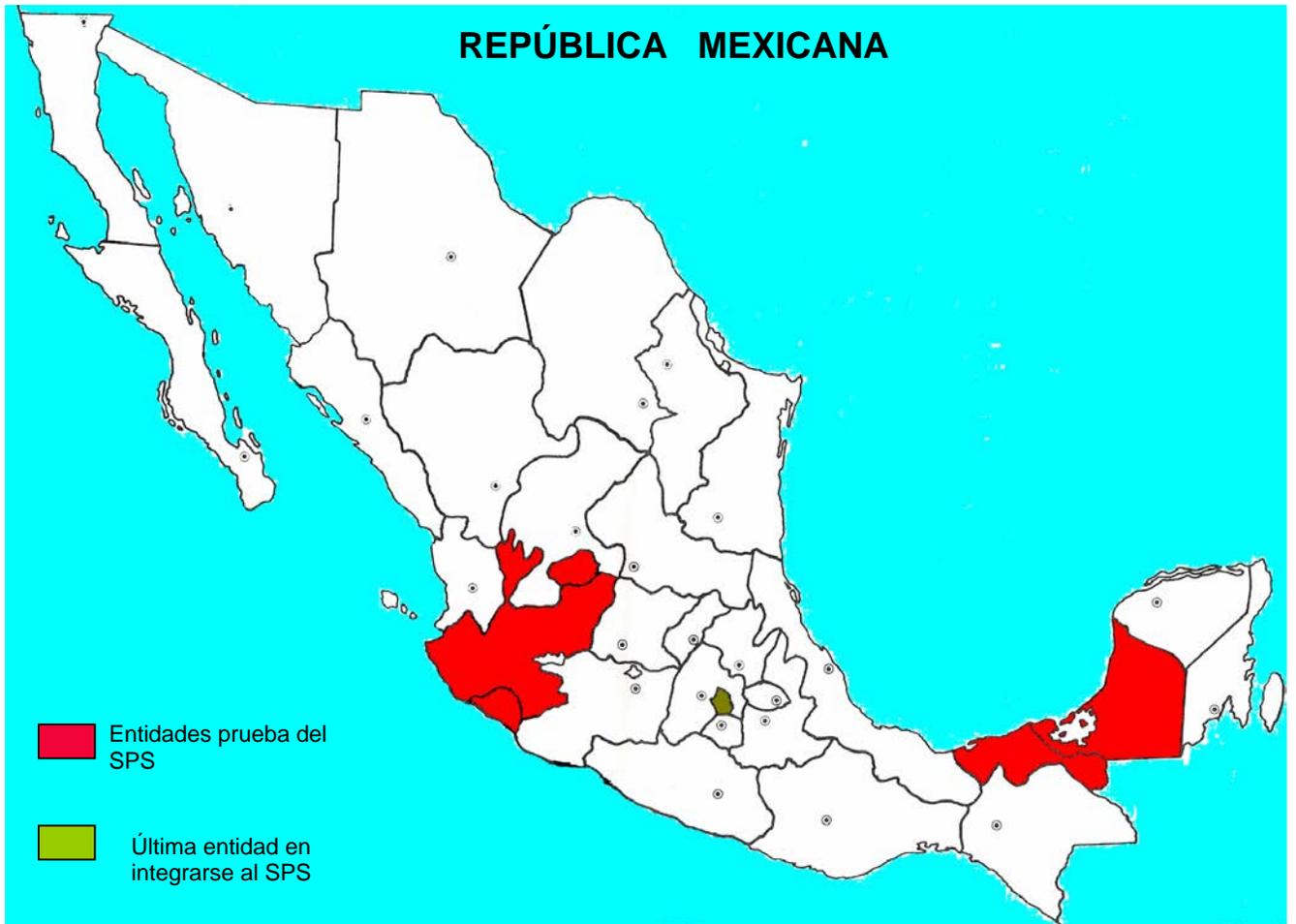


Tabla 2.4

**COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
CUOTAS FAMILIARES APLICADAS EN 2005**

Decil de ingreso	Cuota familiar (anual) (Vigente para nuevos afiliados y reafiliados)	Cuota familiar (anual) (Cuota vigente hasta el día 15-04-2005)
I	-	-
II	-	-
III	640	640
IV	1,255	1,140
V	1,860	1,900
VI	2,540	2,400
VII	3,270	3,160
VIII	5,065	3,780
IX	6,740	5,040
X	10,200	6,300

Tabla 2.6

Familias afiliadas y recursos ejercidos en el Seguro Popular										
Entidad Federativa	Número de familias afiliadas					Recursos ejercidos (millones de pesos)				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Nacional	295 513	613 938	1 563 572	3 555 977	3 747 243	205	1 003	2 963	6 564.3	2 657
Aguascalientes	8 361	15 032	64 234	85 071	88 113	3	24	52	138.1	65
Baja California	21 738	44 216	50 000	80 000	80 000	14	55	132	178.4	42
Baja California Sur		4 320	12 674	15 555	15 555	3	4	17	25.5	8
Campeche	4 979	11 990	35 000	65 000	65 000	6	17	43	83.7	40
Coahuila	15 585		60 000	25 555	25 555	10		141	31.5	20
Colima	37 901	67 850	9 769	68 979	68 979	18	118	8	123.1	36
Chiapas	5 430	38 076	67 476	178 397	178 397	4	57	82	236.5	86
Chihuahua				40 000	60 000				68	31
Distrito Federal				65 000	95 000				85.6	83
Durango				20 000	20 000				19.4	15
Guanajuato	11 077	17 448	119 888	394 031	521 455	7	31	166	715.4	302
Guerrero	6 940	6 282	12 000	52 748	55 783	6	12	35	74.3	41
Hidalgo	6 234	19 869	43 836	86 815	86 815	8	33	77	138.5	37
Jalisco	7 478	24 516	94 825	153 783	153 783	8	35	197	331	92
México	8 209	8 259	78 425	270 975	274 775	7	11	143	528.7	120
Michoacán		3 044	10 000	49 974	49 974		5	22	59.4	30
Morelos	2 673	8 521	24 997	83 384	86 384	3	10	56	134.7	67
Nayarit			34 974	74 974	74 794			27	120.6	58
Nuevo León			26 000	58 453	59 543			30	65.1	53
Oaxaca	8 392	10 593	52 530	115 030	115 030	7	22	102	234.1	48
Puebla			112 912	216 651	216 651			133	525.2	116
Querétaro			9 749	32 565	32 565			4	32.4	15
QuintanaRoo	7 520	7 559	7 976	21 697	21 697	6	15	15	25	7
San Luis Potosí	21 042	46 790	52 211	134 964	134 964	15	85	159	295.3	62
Sinaloa	55 376	88 796	95 000	126 740	126 740	30	176	255	272.1	65
Sonora	19 641	10 365	29 036	98 169	98 169	12	18	48	137.9	58
Tabasco	13 489	87 846	187 726	365 464	365 464	9	137	528	1 002.1	537
Tamaulipas	23 461	50 029	150 000	190 000	190 000	20	88	257	297.9	137
Tlaxcala		2 280	16 855	31 817	31 817		2	22	59.6	26
Veracruz		14 737	73 836	235 824	235 824		11	138	382.4	263
Yucatán		2 556	10 000	54 537	54 537		2	9	35.7	56
Zacatecas	9 987	22 964	21 636	63 825	63 825	9	35	62	107.1	41

Fuente: Anexo Estadístico del sexto informe de gobierno

TABLA 2.7

FAMILIAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR

Cifras acumuladas al 30 de junio de 2005

Entidad Federativa	Familias Afiliadas	Meta	Porcentaje
Aguascalientes	88 113	88 113	100
Baja California	80 000	89 733	89.2
Baja California Sur	15 555	37 713	41.2
Campeche	65 000	65 000	100
Coahuila	25 555	40 140	63.7
Colima	68 979	68 979	100
Chiapas	178 397	379 804	47
Chihuahua	60 000	79 071	75.9
Distrito Federal	95 000	100 00	95
Durango	20 000	37 281	53.6
Guanajuato	473 820	521 455	90.9
Guerrero	55 748	172 668	32.3
Hidalgo	86 815	126 747	68.5
Jalisco	153 783	243 798	63.1
México	332 958	390 976	85.2
Michoacán	49 974	124 222	40.2
Morelos	86 384	110 946	77.9
Nayarit	74 947	81 122	92.4
Nuevo León	58 453	73 094	80
Oaxaca	115 030	313 586	36.7
Puebla	216 651	313 024	69.2
Querétaro	32 565	49 299	66.1
Quintana Roo	21 697	33 656	64.5
San Luis Potosí	134 964	168 322	80.2
Sinaloa	126 740	159 473	79.5
Sonora	98 169	182 044	53.9
Tabasco	365 464	365 464	100
Tamaulipas	190 000	221 723	85.7
Tlaxcala	31 817	46 690	68.1
Veracruz	235 824	339 824	69.4
Yucatán	54 537	74 988	72.7
Zacatecas	63 825	87 312	73.7
Total Nacional	3 756 791	5 186 227	72.4

Fuente: www.seguro-popular.gob.mx

El Sistema Nacional de Salud, como actualmente se le denomina al sector salud, que conocemos hoy en día se ha venido modificando a lo largo de la historia, debido a que la misma sociedad mexicana no es la misma a la que existía en el porfiriato; las necesidades de la población han venido evolucionando con lo cuál el Estado a creado instituciones que respondan a la demanda existente dentro de las que se encuentran: el IMSS; el ISSSTE, la Secretaría de Salud, ISSFAM (dirigido a las fuerzas armadas); además de el programa del Seguro Popular de Salud.

Para poder acceder a los servicios que ofrece el ISSSTE y el IMSS se tiene que ser trabajador del Estado o de la iniciativa privada, que pague una cuota al Seguro Social, los primeros acceden al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los segundos al Instituto Mexicanos del Seguro Social. Al pertenecer a cualquiera de éstas dos instituciones no sólo se tiene acceso a la atención médica sino a todo un conjunto de beneficios dentro de los que se encuentran: pensiones, guarderías, vivienda (préstamos para la adquisición de éstas), centros vacacionales entre otros mencionado en este capítulo.

En el caso de la Secretaría de Salud, se atiende a toda la población que no se encuentra inserta en el empleo formal y por lo tanto no puede acceder a la Seguridad Social, ésta cuenta con hospitales, centros de salud, e institutos de especialidades médicas en dónde el cobro es simbólico.

Por otro lado el Seguro Popular de Salud es un programa nuevo implementado durante el sexenio de Vicente Fox Quesada, cuya finalidad es que las personas que no se encontraran atendidas ya sea por el ISSSTE o por el IMSS, no se vieran en la necesidad de desprenderse de su patrimonio para poder atender cualquier tipo de enfermedad que padeciera algún miembro de la familia, pasara ser más específico una operación de emergencia, o tal vez el tratamiento de alguna enfermedad terminal como puede ser cáncer, sida, entre otras.

Si bien es cierto que el objetivo de este programa es muy noble, no así la sobre saturación de la infraestructura, ya que son las instalaciones tanto de la Secretaría de Salud como las del IMSS las que otorgan los servicios que ofrece el programa, debido q que no se han construido hospitales ni centros específicos para poder cubrir la demanda que se ha venido presentando.

CAPÍTULO 3

GASTO PÚBLICO FEDERAL EN SALUD (1982 – 2004)

3.1 Gasto y Políticas Públicas en Salud en los Años Ochenta

En 1980 México tenía 67 millones 400 mil habitantes, distribuidos en 31 estados y en el Distrito Federal. En su sistema de salud había tres grupos de prestadores de servicios: el primero, abarcaba a los organismos que otorgaban servicios a la población marginada, alrededor de 60% del total de la población de México; los organismos más importantes de este grupo eran la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el programa de solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), los servicios de salud de cada uno de los gobiernos de los estados y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal; el segundo grupo estaba conformado por las instituciones de seguridad social con servicios médicos, prestaba atención a cerca del 35% de la población, sus principales organismos eran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tenía a su cuidado a los trabajadores del sector formal de la economía, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), que atendía a los empleados públicos; las fuerzas armadas contaban con su propio organismo de seguridad social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para las Fuerzas Armadas (ISSSFAM), esto mismo ocurría con los trabajadores de la empresa de Petróleos Mexicanos y con el personal de los Ferrocarriles Nacionales de México. El tercer grupo prestador era el privado, tenía dos modalidades: el lucrativo y el no lucrativo (asistencia privada); este grupo era el más pequeño, sus integrantes: médicos, clínicas, hospitales, gabinetes de diagnóstico, etc., no estaban articulados, no conformaban una red.

El sexenio del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) constituye un período de transición que sienta las bases para la llamada Reforma del Estado. La política de salud también se redefine, como resultado de la contradicción existente entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad del Estado mexicano de “modernizar” su intervención en el ámbito de la regulación, del financiamiento y de la producción de servicios de salud.

Durante este periodo la política de salud con relación a la protección a la salud como derecho de todos los mexicanos se desvirtúa al subordinarse la política social al proyecto de reestructuración económica y al prevalecer la lógica neoliberal, la reducción del presupuesto público asignado al sector así como el deseo del Estado de modernizarse en cuanto a su intervención en el terreno de regulación, del financiamiento, y de la producción de servicios de salud.

La descentralización de los servicios de salud se constituye – en el periodo 1984/88 – en la estrategia de mayor importancia para reorganizar el subsistema de atención a población no derechohabiente. Se enarbola un discurso federalista, que plantea revertir el proceso centralizador y trasladar la responsabilidad de la operación, la capacidad de decisión y los recursos, al lugar donde se efectúa la prestación de los servicios en el marco de los sistemas estatales de salud.

En este proceso, se pretende transferir responsabilidades a la periferia, comprometiendo a los niveles regionales y locales en la resolución financiera, organizacional y técnica de los problemas. El proceso tiene dos vertientes, la desconcentración de las facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SCSPE) y en el Distrito Federal (SCSPDF) y la descentralización propiamente dicha, a través de la creación de Sistemas Estatales de Salud y de la transformación de la Secretaría de Salud en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación.¹

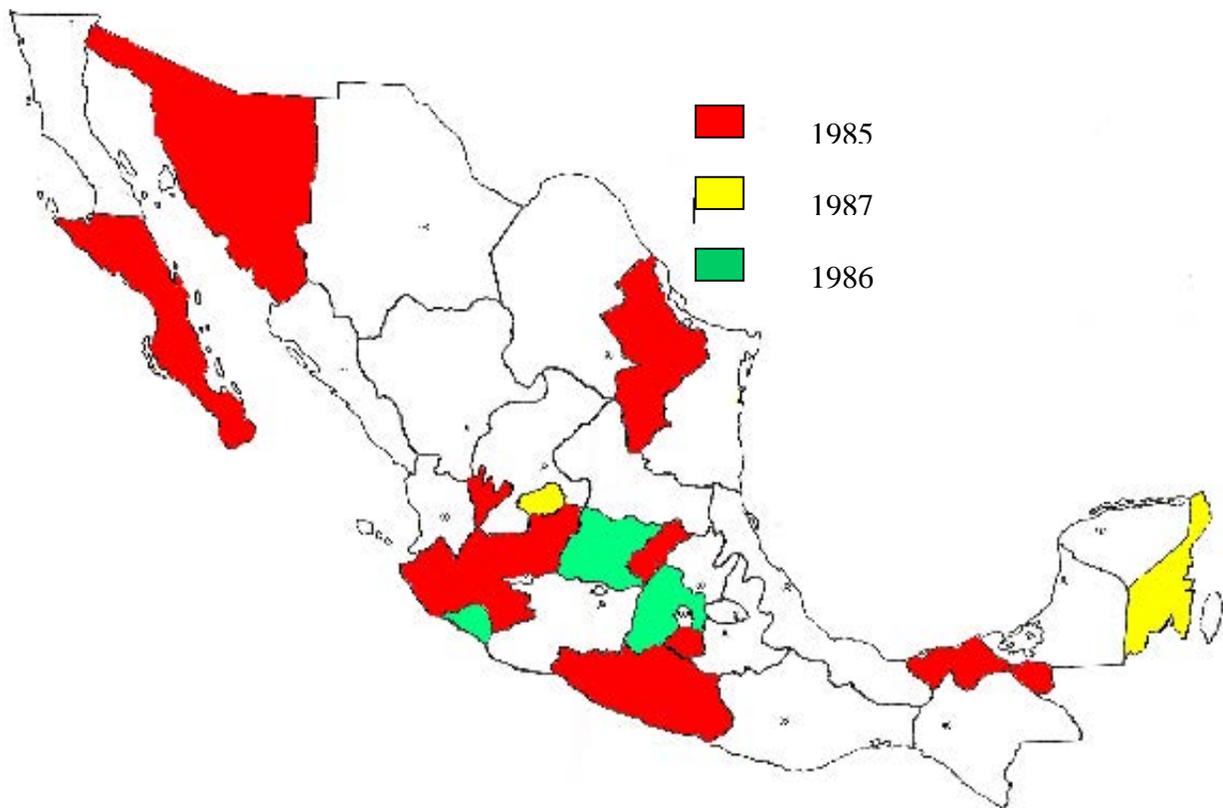
La coordinación programática – primera fase de la estrategia descentralizadora – se emprende en 31 estados y alcanza diversos grados de avance. La integración

¹ Espinoza, J., 1986. *Descentralización y Desconcentración de las Funciones de Regulación, Control y Fomento Sanitario*. Memoria del Seminario-Taller de Capacitación para la Regulación, Control y Fomento Sanitarios. México, DF. : Secretaría de Salud.

orgánica se inicia en mayo de 1985 y, al finalizar ese año, el proceso abarca nueve entidades federativas. En marzo de 1986, se suman otros tres estados y a fines de 1987, dos entidades más se descentralizan. En estos estados desaparecen los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) y se crean dependencias estatales responsables de los servicios. Sólo 14 estados finalizan la etapa de integración orgánica y descentralización operativa, por lo que, al término del sexenio, la descentralización de los servicios de salud queda inconclusa. En el siguiente mapa se muestran cuales fueron los estados que se insertaron a este proceso y en que años lo hicieron.

Mapa 3.1

República Mexicana durante el periodo de descentralización de recursos para la atención médica



El saldo final de este "cambio estructural" muestra: 1) la modificación constitucional que consagró el "derecho a la salud" en el cuerpo del Artículo Cuarto Constitucional; 2) la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS); 3) la constitución de la Secretaría de Salud (SSA) en tanto que entidad normativa federal y 4) la descentralización de 14 entidades federativas.

Los gobiernos locales tienen la facultad de complementar el financiamiento de sus sistemas con cuotas de los usuarios. En cuanto a la provisión de los servicios, las funciones del gobierno central son principalmente regulatorias y evaluativas; abarcan desde definir un paquete básico de servicios obligatorio para todas las regiones (en aras de la equidad) hasta establecer sistemas de información para la evaluación de las políticas sanitarias. Los gobiernos locales son los encargados de llevar a cabo la operación de los servicios y tienen un amplio margen de autonomía en la gestión de recursos financieros, humanos y materiales.

La distribución de competencias de la Ley General de Salud, contrariamente a lo propuesto por el modelo anterior, se enfoca exclusivamente en el aspecto de la provisión de los servicios, omitiendo toda referencia a los aspectos presupuestal y financiero. La idea central de la ley es asignar al gobierno federal funciones regulatorias (fijación de políticas, expedición de normas, control sanitario, etc.) y evaluativas, dejando a las entidades la operación de sus propios sistemas, a pesar de que, las competencias en ocasiones se sobreponen.

El financiamiento de los servicios provino de fondos federales determinados por la Secretaría de Salud, aunque se propuso también que los estados contribuyeran al financiamiento del sistema mediante sus propias aportaciones y con las contribuciones de los usuarios. La proporción del gasto solventada con recursos propios de los estados fue el único margen de autonomía financiera concedida a las entidades federativas.²

Los empleados de los servicios estatales de salud continuaron perteneciendo a la nómina federal, aunque los gobiernos de los estados fueron facultados para actuar

² Cardozo, Myriam (1998), "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)", en Enrique Cabrero, coord., *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*, México, CIDE-M.A. Porrúa.

como patrones sustitutos en cuestiones sindicales y para participar en la administración del personal.³

La descentralización de salud en los ochenta puede caracterizarse por su gradualismo, ya que el gobierno federal continuó ejerciendo funciones de operación en 17 estados de la República y mantuvo para sí un gran número de atribuciones en materia presupuestal. De hecho, el aspecto financiero parece haber sido uno de los principales obstáculos para una descentralización más profunda durante la década de los ochenta, no sólo por la falta de autonomía en el manejo de los recursos, sino también por la preocupación de los gobernadores de que los recursos federales no fueran suficientes para atender los nuevos compromisos adquiridos.⁴

3.2 El Gasto y Políticas Públicas en el Periodo de Cambio Estructural

La política de Salinas de Gortari (1989-1994) asume plenamente las tesis neoliberales de la centralidad del mercado como organizador de la vida social y económica, en un contexto de profunda crisis política. El gobierno salinista avanza velozmente en el proyecto modernizador neoliberal y enfrenta la crisis política mediante un discurso “solidario” que progresivamente será definido como liberalismo social.

El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) es la versión más acabada de la política social asistencialista y centralizada que caracteriza al sexenio.⁵ En este programa se propicia una relación casi directa entre la figura presidencial y la población pobre, al margen de las instituciones de bienestar social, debilitando a las instituciones

³ Flammand, Laura (1997), *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, CIDE, DT-DAP-55.

⁴ Flammand, Laura (1997), *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, CIDE, DT-DAP-55.

⁵ López Arellano, Oliva, 1992. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? In: *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo* (C. Laurell, ed.), pp. 165-183, México, DF.: Fundación Ebert.

públicas y violentando incluso las propuestas descentralizadoras del sexenio anterior que buscaban sentar nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social.⁶

En el periodo gubernamental 1989-1994, la descentralización se detuvo, hubo cierta recentralización; sin embargo, en algunos estados se tomaron medidas con carácter descentralizador, hubo transferencia de aspectos administrativos y se aumentaron los recursos a los servicios desconcentrados; además, se reforzaron las jurisdicciones sanitarias con la idea de convertirlas en verdaderos sistemas de salud.

En el periodo gubernamental 1995-2000 se reactivó la estrategia de la descentralización de los servicios de salud para población “abierta” en los estados; la misma formó parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del gobierno federal.

En agosto de 1996 comenzó un nuevo proceso de descentralización total de los servicios de salud a población abierta donde se involucraron diferentes actores. El gobierno federal, los gobernadores de las 31 entidades federativas, el jefe del Departamento del Distrito Federal, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, firmaron ante el presidente de la República, Ernesto Zedillo, el Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud. Este programa descentralizador contó con recursos significativos; 121 100 trabajadores federales (SSA) se convirtieron en estatales; 22 461 salarios de los trabajadores estatales fueron homologados a los salarios (más elevados) de los trabajadores federales; 716 560 bienes muebles al igual que 6 240 bienes inmuebles, básicamente establecimientos médicos fueron transferidos del nivel federal a las entidades federativas.

La implementación del proceso en los noventa comenzó formalmente con la firma del *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*, entre el gobierno federal, el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud y las 31 entidades federativas y el entonces Departamento del Distrito Federal. Firmado en agosto de 1996, define un conjunto de principios básicos, dentro de los cuales destacan el manejo y operación directos de los servicios de salud por parte de los estados de la

⁶ Poder Ejecutivo Federal, 1988. *Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988*. México, D.F.: Poder Ejecutivo Federal.

federación, así como de los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo a sus necesidades y prioridades locales.

La Secretaría de Salud firmó acuerdos de coordinación con cada uno de los estados de la federación, a fin de precisar las atribuciones en materia de programación y presupuestación, servicios personales, recursos materiales, transferencia de bienes muebles e inmuebles y la transferencia de recursos financieros. En todos los acuerdos de coordinación destaca que los recursos transferidos por el gobierno federal pasan a formar parte del presupuesto de la cuenta pública de los estados.

A raíz de la descentralización, los estados sólo tienen que reportar su aplicación de los recursos federales a los congresos locales, informando a la Secretaría de Salud sólo sobre cuestiones muy generales de manejo presupuestal, sin rendirle cuentas sobre sus decisiones específicas de asignación.⁷

En salud, se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios de primer nivel de atención. La política de salud en este sexenio justifica la focalización de los recursos y las acciones con un discurso sobre los beneficios de la aplicación selectiva del gasto social en momentos de crisis económica y de recursos financieros escasos.

El proceso de reorganización sanitaria y, más específicamente, la descentralización de los servicios de atención a población abierta juegan un papel muy importante en esta transformación, por lo que las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad) se constituyen en la punta de lanza de esta estrategia de neobeneficencia sanitaria.

⁷ Para una descripción del nuevo proceso descentralizador hasta 1998 véase OECD (1998).

Cuadro 3.1

División de funciones en materia de salud entre ordenes de gobierno, como resultado del proceso de descentralización iniciado en 1996.

Responsabilidades
Federales
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la política de salud nacional responda a las prioridades nacionales y regionales y que fortalezca el sistema nacional de salud y los sistemas estatales.
<ul style="list-style-type: none"> • Definir y revisar las normas legales del sistema de salubridad y proponer cualquier cambio necesario en las reglas de legislación e implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el destino de los recursos con el objetivo de evitar desvíos, revisando objetivos, reorientando actividades y mejorando el uso eficiente de los recursos.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer con otros oferentes de servicios de salud y entre los diferentes niveles de gobierno mecanismos de coordinación más efectivos.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a través de la SSA el marco legal en cuanto a las funciones de coordinación, planeación y evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratar exclusivamente con la SSA las relaciones laborales correspondientes a todos los trabajadores que no pertenecen al sistema del IMSS.
Estatales
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar y operar, entre otros, los servicios primarios de salud, servicios de guardería, planeación familiar y salud mental.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar y controlar asuntos en el área de nutrición.
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir y controlar enfermedades contagiosas.
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas de asistencia social.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el nivel actual de participación financiera e intentar aumentar estas contribuciones en el futuro.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar las coberturas de salud y salubridad básicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir y controlar amenazas ambientales de Salud.

Fuente: Cabrero Mendoza Enrique, Martínez-Vazquez Jorge. (2000) Assignment of spending responsibilities and service Delivery. En: Giugale Marcelo, Wedd Steven. *Achievements and challenges of fiscal decentralization. Lessons from México*. Washington, D.C., Banco Mundial.

El sexenio encabezado por Ernesto Zedillo, vive una fase de continuidad y profundización a través de dos vertientes: la transformación de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1997); y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en la propuesta de reforma del sector salud 1995-2000.⁸

⁸ Programa De Reforma Del Sector Salud, 1995. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México, DF.: Poder Ejecutivo Federal.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 propone la descentralización de los servicios de salud y la implementación de un paquete de servicios básicos como ejes centrales para la reorganización de las instituciones públicas que atendían a población sin seguridad social. El proceso de descentralización propuesto como eje de la reforma del sector – al igual que su antecedente de los años ochenta – plantea la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud (SSA) y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA).

Las agencias financieras supranacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, principalmente) planteaban reorientar los recursos hacia las intervenciones que cuestan poco y que tienen alto impacto sobre algunas causas de mortalidad, de tal forma que los gobiernos financiaran un conjunto limitado de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales dirigidos fundamentalmente a la población pobre, sin incrementos importantes del gasto público en salud.⁹

En México, se determinaron inicialmente 12 acciones constitutivas del paquete de servicios básicos, que se limitaban a: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como participación social. Se incorporaron la prevención y el control del cáncer cervico-uterino, como treceavo componente del paquete básico de salud.

⁹ Banco Mundial, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Cuadro 3.1

Indicadores de servicios de la Secretaría de Salud

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ^e
Promedio de consultas diarias por médico ¹	10.88	11.56	11.14	11.87	13.36	14.22	14.71
Por ciento de nacimientos por cesárea	20.73	21.77	23.16	24.19	24.42	25.41	25.00
Porcentaje de ocupación hospitalaria	61.29	62.93	64.33	67.72	67.06	68.79	70.00
Promedio de días de estancia	3.53	3.28	3.37	3.38	3.25	3.16	3.00
Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano	2.03	2.21	2.25	2.25	2.34	2.58	2.40

1/ se refiere a los médicos que se encuentran en contacto con pacientes

e/ cifras estimadas

Fuente: Secretaría de Salud

Los indicadores de servicio que prestó la Secretaría de Salud que muestra el cuadro 3.1 muestra que en promedio las consultas se incrementaron de 1994-2000 aproximadamente 3 puntos lo cuál benefició a las familias mexicanas, con relación a la natalidad la cuál se atendió mediante cesárea aumentó en 5 puntos, con lo cual consecuentemente se elevó la ocupación hospitalaria teniendo entre otras causas el cáncer, el enfisema pulmonar, mas no así los días de estancia. Con relación a las intervenciones quirúrgicas se puede decir que se mantuvo constante.

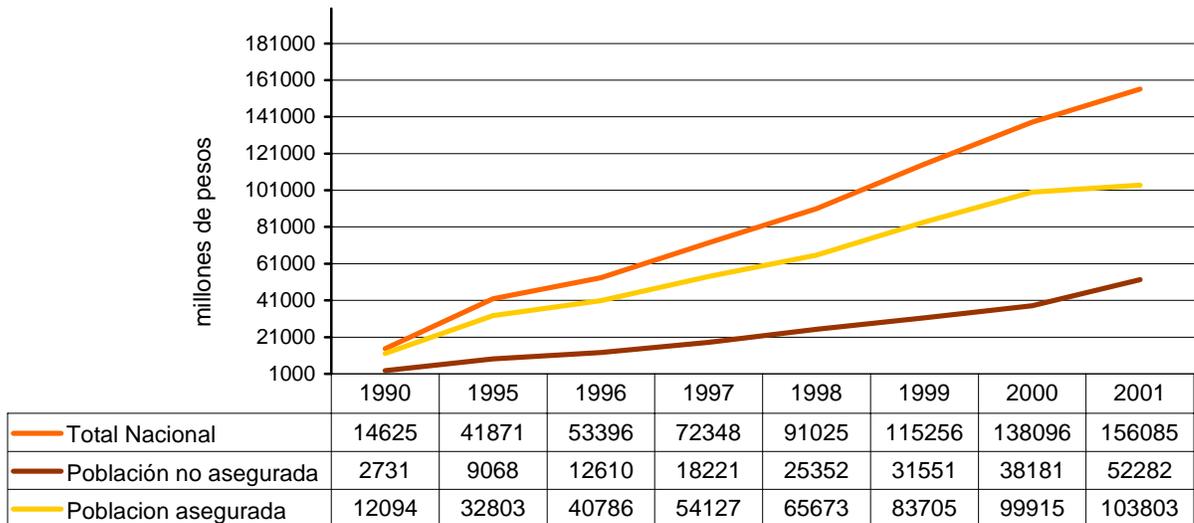
En cuanto a las consultas externas otorgadas por la Secretaría de Salud se puede observar en el mismo cuadro que crecieron en cuatro puntos promedio.

Políticas de Gasto

El gasto federal total en salud tuvo un crecimiento sostenido entre 1990 y 2001, de la misma manera el destinado a atender a la población abierta (cubierta por la Secretaría de Salud, el programa IMSS-Solidaridad, el Departamento del Distrito Federal y el DIF), así como también el gasto en salud destinado a cubrir a la población derechohabiente de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.) a pesar de una disminución aproximada de 7% generada por la crisis fiscal de 1995; pero el crecimiento no se da en la misma proporción ya que, a pesar de que era mayor el número de personas no

derechohabientes, la diferencia en el gasto asignado en el año de 1990 fue de 9,363 millones de pesos, esta tendencia permanece hasta el 2001, esto se puede ver de manera más clara en la gráfica 3.1 .

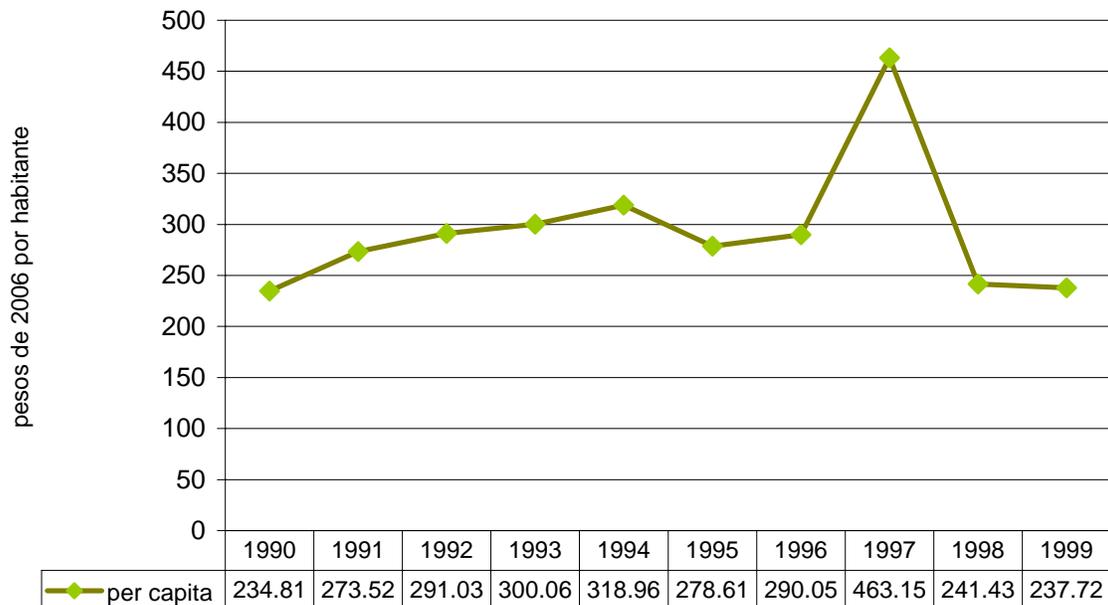
Gráfica 3.1
Gasto Público Federal en Salud 1990-2001



El gasto per cápita en la década de los noventa puede ser analizado en dos periodos el primero de 1990 a 1997, en dónde se tuvo un crecimiento sostenido hasta 1996 y un repunte en 1997, pero analizando tanto el primer año como el último podemos ver que el gasto en salud por persona se quedó (redondeando cifras) en 230 pesos. Es en 1997 dónde se da un incremento de aproximadamente el doble, ya que pasó de 290 a 460 pesos, pero para el siguiente año y el subsiguiente bajó más de lo que creció. En resumen, partiendo de 1990, el gasto que destinaba el gobierno para la atención de salud por persona tuvo un detrimento para 1999.

Gráfica 3.2

Gasto Público en Salud Per Cápita 1990-1999



El gasto federal en salud (el cual incluye todo el gasto federal para población abierta así como el de las instituciones federales de seguridad social) como porcentaje del PIB osciló entre 2 y 2.7% entre 1990 y 1998.

Por otro lado, un estudio del Banco Mundial publicado en 1993 muestra que México ocupaba el decimoquinto lugar en cuanto al porcentaje del gasto destinado a salud dentro del PIB, al compararlo con otros 18 países de la región latinoamericana, mientras que ocupaba el noveno lugar en niveles de mortalidad infantil.

Por otra parte en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Gobierno Federal emprendió una política progresiva e irreversible en materia de federalismo, la cual ha fortalecido la descentralización de las funciones públicas en los ámbitos administrativo y presupuestario.

Bajo esta premisa, los tres órdenes de gobierno han entablado una mejor relación con base en la redistribución de facultades, responsabilidades y recursos. Así, se ha contribuido tanto a elevar la eficiencia del gasto público en la atención de los

requerimientos de los grupos sociales más desfavorecidos, como a mejorar la participación social.

Hasta 1997, la derrama de recursos federales en las entidades federativas se realizaba mediante dos vías: las participaciones federales y los convenios de descentralización. El Ramo 33, Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, se creó en 1998 como una tercera vertiente del federalismo, por medio de la adición y reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF). Su importancia estriba en que los fondos descentralizados para el desarrollo social se ceden a estados y municipios por ley, y no por convenio como sucedía hasta 1997. De tal manera, los estados y municipios ganan en términos de seguridad jurídica, transparencia y conocimiento anticipado de la disponibilidad de recursos, además de que pueden conservar las economías presupuestales generadas.

3.3 Gasto y Políticas Públicas de Salud en el Periodo Reciente

Las políticas implementadas en el área de salud a lo largo del último sexenio han tenido como objetivo fundamental atender tres retos fundamentales: 1) propiciar equidad en las condiciones de salud, 2) mejorar la calidad de sus servicios y 3) proteger las finanzas de los mexicanos ante gastos catastróficos de salud.

Para el año 2000 se observa una transición demográfica con una tendencia hacia el envejecimiento: los menores de 15 años constituyen 33.8%, los de 15 a 64 años el 61.5% y los mayores de 65 años 4.7%.¹⁰ Esta dinámica se debe a un descenso importante en la tasa de mortalidad que no se acompañó de un descenso correspondiente en la tasa de natalidad. En cuanto a la esperanza de vida de los mexicanos, ésta ha mejorado sustancialmente ya que en 1940 apenas superaba los 41 años y en el año 2000 alcanzó los 75 años.

¹⁰ Mercedes Juan, "Presente y futuro de la atención de la salud en México", en Marcia Muñoz de Alba Medrano, *Temas Selectos de salud y derecho*, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, México, 2002, pág. 17.

Por otra parte, la erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomielitis, el control del sarampión, la tosferina y el tétanos se debe a las fuertes campañas de vacunación que han cubierto al 98.3% de los niños en edad preescolar y al 95.5% de los menores de un año.¹¹ Las vacunas que se aplican son la DPT¹², antipoliomelítica, antisarampión y BCG, y recientemente el esquema de vacunación se ha mejorado con la incorporación de nuevas vacunas del toxoide tetánico-diftérico tipo adulto y de la vacuna triple viral, que protege contra la parotiditis, la rubéola y el sarampión.

Finalmente, las deficiencias en la nutrición de los mexicanos se han reducido en 17.8% entre 2000 y 2005, a pesar de que entre 2001 y 2002 se presentó un incremento de 10.1 por ciento en la tasa. Ello se explica por la implementación de programas focalizados y campañas de educación sobre alimentación.¹³

A principios del sexenio, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud realizó una estimación de la población con acceso a servicios de salud en México mediante la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003.¹⁴ De acuerdo con este estudio, 60 por ciento de la población nacional carece de seguro médico. El mayor porcentaje de aseguramiento proviene del IMSS, que cubre a 29.5 por ciento de la población, del ISSSTE, con 5 por ciento, y algunas otras instituciones de seguridad social, con 3 por ciento de la población total.

El cuadro 3.2 indica que las entidades que tienen el nivel más alto de aseguramiento son Coahuila y Nuevo León, con 62.5 y 71.8 por ciento respectivamente. El IMSS tiene su mayor porcentaje de aseguramiento, mientras que el ISSSTE tiene mayor presencia en Baja California Sur y en Sinaloa. El mayor porcentaje de población no asegurada se presenta en los estados de Chiapas y Guerrero, con más de 80 por ciento de su población sin seguro médico. En suma, los porcentajes de cobertura indican que el reto para el sistema de salud es aún muy importante, sobre todo en los estados de mayor marginación como son Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

¹¹ *Ibid*, pág. 21

¹² Abreviación en inglés de tos ferina, tétanos y difteria.

¹³ Presidencia de la República, *Quinto Informe de Gobierno*, México, 2005, pág. 65.

¹⁴ La pregunta principal del estudio fue si la persona se encontraba protegida con algún tipo de seguro médico.

Cuadro 3.2
Porcentaje de población según condición de aseguramiento por entidad federativa.
México 2002

Entidad	Sin Aseguramiento	IMSS	ISSSTE	Otra seguridad social	Seguros de afiliación voluntaria	Doble aseguramiento
Aguascalientes	42.8	47.9	5.9	0.6	1.5	1.4
Baja California	52.4	33.5	3.9	3.8	2.2	4.2
Baja California Sur	42.3	39.6	12	2.2	1.5	2.3
Campeche	68.6	22.7	4.5	3.4	0.6	0.2
Coahuila	37.5	53.9	4.3	2.1	0.6	1.4
Colima	42.7	37.4	9.7	2.5	5.2	2.6
Chiapas	81.3	9.1	5.8	2.7	0.1	0.9
Chihuahua	49.3	38.7	4.7	2.9	0.7	2.8
Distrito Federal	44	34.3	10.9	5.2	1.5	3.5
Durango	58.7	32.1	8.1	0.6	0	0.5
Guanajuato	65.4	28.6	2.9	0.8	0.2	1.9
Guerrero	82.5	7.7	6.8	1.7	0.9	0.2
Hidalgo	70.3	21.3	5.2	1.7	0.9	0.5
Jalisco	53.3	41.9	1.5	1	0.8	1.5
México	61.1	30.9	4.1	3.2	0	0.6
Michoacán	72.5	19.3	4.8	0.9	1.9	0.3
Morelos	64.9	28.3	5.2	0.7	0.6	0.3
Nayarit	65	21.5	7.4	2.4	0.6	1.4
Nuevo León	28.2	56.2	4.5	3.9	3.5	3.4
Oaxaca	78.5	14.3	3.6	1.6	1.4	0.6
Puebla	77.4	16.1	3.5	2.7	0	0.2
Querétaro	61.8	32.9	2.6	2.1	0	0.5
Quintana Roo	51.6	38.5	5.2	1.4	1.7	1.1
San Luis Potosí	62	29.4	5.1	2	0.1	1.3
Sinaloa	40.4	40.6	11.3	1.9	4.2	1.6
Sonora	42	41.1	7.9	3.8	2.1	3
Tabasco	75.2	12.3	5.2	7	0.1	0.1
Tamaulipas	49.2	37	5.2	4.2	1.3	3.1
Tlaxcala	72	22	4	1.4	0.4	0.4
Veracruz	75.1	15.8	2.1	6.8	0	0
Yucatán	46.3	41.9	3.8	4.5	2	0.7
Zacatecas	75.8	18.4	4.4	0.5	0.4	0.4
EUM	60	29.5	5.1	3	1	1.4

Fuente: Tomado de Esteban Puentes Rosas, Sergio Sesma y Octavio Gómez Dantes, "Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional", *Salud Pública de México*, vol. 47, suplemento 1 de 2005.

Mediante el Seguro Popular de Salud la condición socioeconómica ya no será una limitante para tener acceso a la seguridad social en México. Con el apoyo de las principales fuerzas políticas del país, el Congreso de la Unión aprobó la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud, que constituye uno de los principales cambios estructurales impulsados por el gobierno del Presidente Vicente Fox.

Será a través de este nuevo sistema, que todas las personas que no sean derechohabientes de las tradicionales instituciones como el IMSS y el ISSSTE o algunas de carácter estatal, podrán tener acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados a los tratamientos.

El objetivo es lograr que la gran innovación del sistema de salud en México que tuvo lugar en 1943, es decir el aseguramiento en materia de salud, se extienda a todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud, dos de los cuales ya existen:

- El de enfermedades y maternidad del IMSS para los asalariados del sector privado formal de la economía;
- El seguro médico del ISSSTE, para los trabajadores del sector público de la economía, y;
- El Seguro Popular de Salud.

Este último como ya se señaló proporciona protección que se traduce en un seguro de salud público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos y fomentar la atención oportuna a la salud a través de un mecanismo de protección a las finanzas familiares.

El nuevo Seguro Popular de Salud está destinado a los trabajadores no asalariados, al auto-empleado y los desempleados, así como a sus familias. Todos los integrantes de una misma familia - menores de edad, los padres y suegros mayores de 64 años que vivan bajo el mismo techo- podrán recibir el servicio por la misma aportación, la cual será proporcional a la capacidad de pago del propietario del seguro.

En México la seguridad social protege aproximadamente a 55 por ciento de la población, principalmente a través del IMSS y del ISSSTE. Sin embargo, hoy más de 45

millones de mexicanos carecen de protección social en salud, la mayoría de ellos, auto empleado, que pertenecen a los estratos más pobres de la población.

Se estima que anualmente entre 2 y 3 millones de familias se ven en la necesidad de pagar de su bolsillo elevados gastos derivados de la atención de la enfermedad de alguno de sus miembros lo que en muchos casos, los conduce al empobrecimiento.

Además, el gasto de bolsillo desincentiva la aplicación de medidas preventivas, pues los pacientes suelen posponer su atención hasta que la enfermedad se agrava, generalmente, de manera irremediable. Se calcula que en México alrededor de 30 por ciento de la atención médica se posterga debido a la falta de cobertura de la seguridad social.

A partir de enero de 2004 anualmente se integró a este nuevo esquema de seguridad social 14.3 por ciento de la población, de tal forma que en 2010 la totalidad de los mexicanos contará con atención médica. La reforma prevé también una mayor inversión federal y estatal en salud que permitirá atender las demandas de la población que gradualmente se incorporará al sistema. La meta del gobierno es hacer de México un país de derechohabientes.

El presidente Vicente Fox Quesada señaló: “Invertir en salud es invertir en México. Invertir en nuestro mejor capital: el capital humano. El bienestar personal y el desarrollo de la nación se construyen sobre la base de una población sana.

Con la fuerza que nos da esta nueva Ley y con el gran esfuerzo que se realiza en infraestructura médica en el país con la construcción, equipamiento y puesta en marcha de cientos de centros de salud, lograremos que todas las personas tengan acceso a los servicios médicos sin importar su edad o su condición social, su situación laboral o económica”.

Con relación a la infraestructura creada, de acuerdo con los datos del Quinto Informe de Gobierno del Presidente Vicente Fox, en la actualidad el Sistema Nacional de Salud sufre de insuficiencia en su estructura física y existe un número importante de instalaciones obsoletas y con escaso mantenimiento. Para enfrentar estos problemas, el Programa Nacional de Salud estableció la estrategia para fortalecer la inversión en recursos humanos, en investigación e infraestructura en salud.

En las siguientes líneas se hará una descripción del estado de algunos indicadores sobre la infraestructura de salud: número de unidades, consultas, disponibilidad de camas, consultorios y número de médicos disponibles para atender las necesidades de la población.

Unidades de salud:

Entre 2000 y 2005 se registró un crecimiento de 5.1 por ciento en la infraestructura total del sistema nacional, con la construcción de 953 unidades de servicios. De ellas, 752 unidades son de consulta externa y 81 de hospitalización. El mayor crecimiento ocurrió en las unidades de hospitalización (19.3 por ciento).

El siguiente cuadro presenta datos del año 2005, sobre la población no asegurada, la cual creció a un ritmo de 5.5% para el mismo periodo. Si se realiza el comparativo del crecimiento en infraestructura y la población no asegurada, se puede notar que existe un déficit de 0.4% con respecto al crecimiento de unidades del total del sistema Nacional de Salud.

Cuadro 3.3
Unidades de atención por institución, 2005
miles

Institución	Total de Unidades	Consulta Externa	Hospitalización		
			T o t a l	General	Especialidad
Nacional	19,415	18,295	1,120	932	188
Población no derechohabiente	16,186	15,571	615	499	116
SSA	12,563	12,030	533	421	112
IMSS-Op.	3,610	3,541	69	69	0
Otros 1/	13	0	13	9	4
Población derechohabiente	3,229	2,724	505	433	72
IMSS 2/	1,345	1,077	268	226	42
ISSSTE	1,226	1,120	106	95	11
PEMEX 3/	60	37	23	15	8
SDN 4/	366	321	45	42	3
SM 5/	36	2	34	33	1
Estatad 6/	196	167	29	22	7

1/: Incluye información de hospitales universitarios; no incluye sector privado y cruz roja.

2/ IMSS no proporcionó la información de 458 unidades auxiliares de medicina familiar.

3/ PEMEX solamente proporcionó información de 23 unidades hospitalarias y 37 unidades de consulta externa para 2005.

4/ La información de SEDENA es la reportada en 2004 debido a que no envió información para 2005.

5/ SEMAR no envió el total de sus unidades médicas, solamente de 36.

6/ Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005.

De acuerdo con el Quinto Informe de Gobierno de Fox, en 2004 se construyeron 146 unidades de consulta externa, 27 de hospitalización general y 2 de hospitalización especializada. Se ampliaron y rehabilitaron mil 142 unidades de consulta externa, 52 de hospitalización general y 13 de hospitalización especializada. Se equiparon 449 de consulta externa y 105 de hospitalización general (Tabla 3.5).

Cuadro 3.4

Infraestructura en salud^{1/}
(Número de obras)

Año	Unidades de consulta externa			Unidades de hospitalización general			Unidades de hospitalización especializada	
	Construidas ^{2/}	Ampliación y rehabilitación ^{3/}	Equipamiento ^{4/}	Construidas ^{2/}	Ampliación y rehabilitación ^{3/}	Equipamiento ^{4/}	Construidas ^{2/}	Ampliación y rehabilitación ^{3/}
1991	544	n.d.	n.d.	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1992	245	n.d.	n.d.	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1993	199	n.d.	n.d.	13	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	430	n.d.	n.d.	26	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	481	n.d.	n.d.	19	n.d.	n.d.	3	n.d.
1996	481	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	n.d.
1997	773	n.d.	n.d.	51	n.d.	n.d.	1	n.d.
1998	614	1 279	724	44	197	127	1	n.d.
1999	654	1 231	930	33	192	155	0	n.d.
2000	999	3 281	1 996	20	212	213	0	n.d.
2001	227	843	705	6	185	169	3	n.d.
2002	288	1 015	559	9	149	127	2	n.d.
2003 ^{5/}	239	526	n.d.	18	119	n.d.	0	13
2004 ^{6/}	146	1 142	449	26	51	105	2	n.d.
2005	26	172	9	5	18	19	0	0

1/ La información sólo corresponde a la Secretaría de Salud. Se reportan datos a partir del inicio del registro de la información.

2/ Incluye sustitución por obra nueva.

3/ En 2000 hubo una mayor asignación presupuestaria del Gobierno Federal para atender las acciones de ampliación y rehabilitación en inmuebles y equipamiento. En 2001 por cierre de sexenio los recursos para conservación y equipamiento disminuyeron.

4/ Sólo incluye rehabilitación del equipo médico.

5/ Información proporcionada por los Servicios Estatales de Salud, recopilada por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud.

6/ Información proporcionada por los Servicios Estatales de Salud, recopilada por la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud. Las cifras se refieren a unidades en operación. Dado que aún no se define el presupuesto autorizado para este rubro en 2005, la cantidad reportada es mínima.

e/ Cifras estimadas al mes de julio.

n.d. No disponible.

Fuente: Secretaría de Salud.

Consultas:

Las consultas externas se incrementaron de 222 mil 825 en 2000 a 247 mil 512 en 2005, lo que equivale a un crecimiento acumulado de 11.1%. Las intervenciones quirúrgicas también aumentaron de 2 mil 646 a 2 mil 908 intervenciones por año, lo que equivale a un crecimiento de 9.9%. En los estados de alta y muy alta marginación prevalecen las consultas externas en las unidades rurales y en las unidades móviles, es decir, ofrecen servicios básicos de salud que en muchas ocasiones no atienden los partos, enfermedades crónico-degenerativas y otro tipo de padecimientos que requieren mayor nivel de especialización.

Cuadro 3.5
Consulta externa por tipo según institución, 2005

Institución	Total	General	Especializada	Urgencias	Odontológica
Nacional	268 366 284	187 252 520	41 063 379	27 113 474	12 936 911
Población no derechohabiente	125 182 866	97 541 082	12 753 159	7 987 956	6 900 669
SSA	105 386 507	80 159 115	11 700 430	7 112 112	6 414 850
IMSS-Oportunidades	18 757 474	17 199 793	371 733	738 685	447 263
Otros ^{1/}	1 038 885	182 174	680 996	137 159	38 556
Población derechohabiente	143 183 418	89 711 438	28 310 220	19 125 518	6 036 242
IMSS	105 909 258	68 341 156	17 455 465	16 083 534	4 029 103
ISSSTE	23 246 583	14 512 103	6 411 454	1 125 844	1 197 182
PEMEX	4 945 813	1 894 059	2 025 537	780 665	245 552
SEDENA					
SEMAR	1 635 289	803 787	425 793	201 084	204 625
Estatal ^{2/}	7 446 475	4 160 333	1 991 971	934 391	359 780

1/ Incluye información de Hospitales Universitarios, Hospital del Niño Poblano

2/ Incluye la información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

El renglón sombreado se debe a que la Secretaría de la Defensa Nacional no otorgó información

Fuente: SSA.DGIS. Boletín de Información Estadística No. 25, vol. III. 2005.

Disponibilidad de camas:

De acuerdo con datos de Fundar Centro de Análisis e Investigación, la población marginada en México tiene casi nulo acceso a los niveles más especializados de salud. Los estados más pobres cuentan con 50 camas hospitalarias por cada 100 mil habitantes o una cama por cada 2 mil personas, mientras que las entidades de muy baja marginación cuentan con 110 camas por 100 mil habitantes o 1 cama por cada 900 personas. Esto explica en parte que la población marginada solamente se atiende en los niveles básicos de salud.¹⁵ Como podemos observar en la tabla 3.6 a partir del año 2000 número de camas que se encuentran disponibles se ha mantenido constante hasta el año 2004 que es en dónde se puede ver un considerable aumento que continuó para el 2005. Además de lo anterior podemos ver como a pesar de que tanto las camas para la población derechohabiente como para la población abierta creció en 2000 unidades, redondeando cifras, el crecimiento de esta última no es suficiente debido a que el tamaño de la población que las demanda es mucho mayor que la que presentan las instituciones de la seguridad social.

¹⁵ Lavielle Briseida, Rocío Moreno, Manuela Garza y Daniela Díaz, *Gasto en Salud: Propuestas para la mesa de gasto de la convención Nacional Hacendaria*, Fundar Centro de Análisis e Investigación, México 2004, pág. 28

Cuadro 3.6
Camas censables por institución ^{1/} 2000-2005
miles

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nacional	75 303	76 319	76 201	75 627	77 705	78 643
Población no derechohabiente	34 584	35 000	34 916	34 077	35 570	36 351
SSA	31 487	31 914	32 207	31 549	32 607	33 388
IMSS - Oportunidades	1 994	1 999	2 181	2 181	2 181	2 181
Universitarios	1 103	1 087	528	347	782	782
Población derechohabiente	40 719	41 319	41 285	41 550	42 135	42 292
IMSS	28 622	28 951	29 039	29 131	29 233	29 351
ISSSTE	6 745	6 730	6 778	6 744	6 786	6 825
PEMEX	980	980	958	985	985	985
SEDENA ^{2/}	2 418	2 586	2 574	2 527	2 527	2 527
SEMAR	732	730	788	1 080	1 080	1 080
Estatales	1 222	1 342	1 148	1 083	1 524	1 524

1/ Se presenta información únicamente de las instituciones del Sector Público, excluyendo otras instituciones que presentan datos solo en algunos de los años mencionados (Cruz Roja e Instituto Nacional Indigenista)

2/ Se corrige la serie debido a que se tenía mal clasificado el concepto de camillas de pelotón de sanidad. Asimismo los datos de 2005 es el reportado en 2004.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005.

Consultorios:

Respecto a la cantidad de consultorios, se puede observar que por cada 100 mil habitantes la cantidad es casi la misma para estados marginados que para estados no marginados: 52 consultorios para los estados de muy alta marginación, 48 para los estados de alta marginación; 51 para los estados de media marginación; 55 para los estados de baja marginación y 58 para los estados de muy baja marginación.¹⁶

Disponibilidad de médicos:

En el caso de México, la población marginada es la que goza de menor disponibilidad de médicos por cada 100 mil habitantes, aproximadamente 100 médicos por cada 100 mil habitantes, mientras que las entidades de muy baja marginación tienen 166 médicos por cada 100 mil habitantes.¹⁷

¹⁶ Ibid, pág. 27

¹⁷ Ibid, pág. 27

Cuadro 3.7

Indicadores de recursos materiales y humanos, 2000 a 2005								
Año	Entidad federativa	Por 100,000 habitantes				Porcentaje de médicos en formación	Relación generales / especialistas	Enfermeras por médico
		Camas censables	Consultorios	Médicos 1/	Enfermeras 2/			
2000	Nacional	57.3	42.6	90.4	123.6	38.3	0.8	1.4
2001	Nacional	57.3	43.6	92.4	123.8	38.5	0.8	1.3
2002	Nacional	57.2	44.4	94.7	124.7	37.7	0.8	1.3
2003	Nacional	55.4	44.7	94.9	118.6	37.5	0.8	1.3
2004	Nacional	56.6	46.3	101.6	131.3	38.8	0.8	1.3
2005	Nacional	57.4	45.8	104.3	134.5	32.4	0.8	1.3

1/ Incluye médicos generales, especialistas, pasantes de medicina y odontología, internos de pregrado y residentes que están en contacto con el paciente.

2/ Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares que están en contacto con el paciente.

3/ También contiene a Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia.

Las poblaciones utilizadas en el denominador es una estimación de la Dirección General de Información en Salud, a partir de Las Proyecciones de la Población de México 2000-2050 de CONAPO. México 2002; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo General de Población y Vivienda. INEGI 2000. México 2005.

Fuente: elaboración propia con datos de <http://sinais.salud.gob.mx>

La medida del gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), indica la importancia relativa que tiene el sector en la economía del país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el gasto en salud alcance 8 por ciento del PIB. Sin embargo, aun si se alcanza este porcentaje ello no significa que se le de al rubro una mayor importancia en términos de políticas públicas ni que ésta sea una prioridad del gobierno. Puede ser sólo un indicador de la estructura demográfica de la población, esto es, puede ser el resultado del incremento en la esperanza de vida de la población, que genera costos adicionales por el cuidado de los ancianos y de enfermedades crónicas.

En México no contamos con datos oficiales sobre el gasto privado en salud; sin embargo, la Secretaría de Salud estima que el gasto total es alrededor de 6.3 por ciento del PIB, del cual 3 por ciento es gasto público. Lo que sí sabemos es que el porcentaje de gasto en salud es muy inferior a la recomendación de la OMS: en el año 2004 el gasto como porcentaje del PIB fue de 3%, en 2005 de 2.65 por ciento¹⁸ y en 2006 se espera que oscile alrededor de 2.55 por ciento.¹⁹

A pesar de ello, hay algunos signos de avance. Como indica el cuadro 3.8, entre 2004 y 2005, el gasto en salud registró un crecimiento de 30.2 por ciento (presupuesto asignado). El gasto asignado a la Secretaría de Salud (SSA) presentó un crecimiento de 81.3 por ciento, el mayor respecto al resto de las instituciones de salud. Por su parte, el gasto en salud asignado a la SSA se encuentra muy debajo del presupuesto del IMSS y es ligeramente inferior al presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33. A junio de 2005, la SSA había ejercido 34.4 por ciento del presupuesto asignado.

En la gráfica 3.3 podemos ver la trayectoria del gasto per cápita del sector, éste ha sido constante de 2000 hasta 2004, es hasta 2005 que sufre un importante incremento fundamentalmente atribuido a la aplicación del programa denominado “Seguro Popular de Salud”, el cuál ha provisto de nuevos y mayores recursos al sector, cabe mencionar que, como se señaló en el capítulo anterior, va dirigido a población que no cuenta con ningún tipo de acceso a servicios médicos.

¹⁸ Dato Preliminar

¹⁹ Véase: www.aregional.com/articulo_boletin.php?a=2456&tp=1000

Cuadro 3.8

Gasto en Salud
(Millones de pesos)

Concepto	2003	2004	2005	2006 ^{1/}
Total^{2/}	178 758.9	182 323.4	223 536.2	231 195.2
Instituciones que cubren a población no asegurada	52 681.1	48 867.7	69 545.5	79 295.0
Secretaría de Salud ^{3/}	19 744.7	14 335.7	31 502.9	40 314.5
Ramo 33 (FASSA)	32 936.4	34 532.0	38 042.6	38 980.5
Instituciones que cubren a población asegurada	128 449.2	135 811.2	156 585.2	154 687.4
SEDENA	2 075.6	1 997.7	2 062.3	2 279.7
PEMEX	6 731.2	6 999.6	7 715.7	4 739.9
IMSS	102 234.8	103 747.9	118 770.6	113 757.1
ISSSTE	17 407.6	18 782.5	20 927.9	25 121.4
Otros ^{4/}		4 283.5	7 108.7	8 789.4
Menos aportaciones al ISSSTE Y FOVISSSTE	2 371.4	2 355.5	2 594.5	2 787.2
Porcentaje del gasto en salud respecto al PIB	2.6	2.4	2.7	2.6

1/ Cifras del presupuesto autorizado por la Honorable Cámara de Diputados

2/ La suma de los parciales no puede coincidir con el total debido al redondeo de cifras.

Excluye las aportaciones al ISSSTE-FOVISSSTE

3/ Incluye recursos al sector central, así como los subsidios y transferencias a entidades paraestatales apoyadas

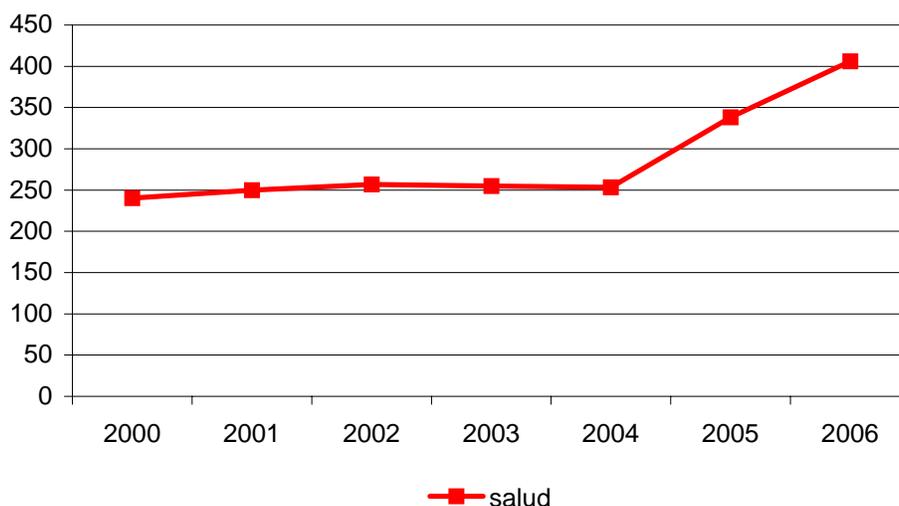
y organismos administrativos desconcentrados, así como a entidades.

4/ En 2004 incluye el Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social. En 2005 incluye los Ramos 13 Secretaría de Marina

y 19 Aportaciones a Seguridad Social

Fuente: De 2003 a 2005 Cuenta de Hacienda Pública Federal. Para 2006, Presupuesto de Egresos de la Federación.

Gráfica 3.3
Gasto Programable del sector salud per cápita



El gasto público federal ha venido modificándose desde la década de los ochentas a raíz de las reformas estructurales, con los nuevos lineamientos que adoptó el Estado se tuvieron que reordenar las prioridades así como los programas y cantidades de recursos de todos los sectores de la economía.

Si bien es cierto que, en términos generales, el gasto asignado al sector salud ha venido aumentando, éste no ha sido suficiente para poder cubrir la demanda de la población, esto en parte por la modificación de la estructura poblacional y por lo tanto de sus enfermedades, por ejemplo: hace 30 o 40 años el Estado no se ocupaba tanto como en la actualidad de la geriatría puesto que no había tanta población que perteneciera a la tercera edad.

Con relación a las políticas implementadas, en los 25 años que abarca este estudio, han sido consecuentes con las reformas establecidas, en este caso se ha estado poniendo mayor énfasis en la prevención de enfermedades más que en el tratamiento de las mismas, ya que como anteriormente mencioné una de las nuevas premisas bajo las cuales actúa el gobierno es la de reducir costos, y en el caso de la

prevención ésta los reduce, otras medidas adoptadas son las campañas de vacunación las cuales tienen también la finalidad de prevenir enfermedades tales como la viruela, varicela, rubéola, poliomielitis, entre otras.

CONSIDERACIONES FINALES

Los servicios de salud no han crecido de acuerdo a la demanda que se presenta en la actualidad, dentro de las causas para que no lo haya hecho se encuentran: la explosión demográfica, el cambio de prioridades políticas ó del Estado y un gasto público insuficiente. En México, como hemos visto a lo largo de esta investigación, han sufrido infinidad de cambios dichos servicios que van desde la modificación de su estructura, en sus recursos financieros así como en la infraestructura, la aplicación de programas, entre otros. Como bien es sabido, la salud es un bien público y por lo tanto es obligación del gobierno brindarla a la población de manera eficiente, en cuanto a calidad y cobertura.

La salud se encuentra íntimamente ligada al desarrollo de cualquier nación. Es decir, no se puede incrementar y consolidar un país competitivo si no se cuenta con este elemento básico del bienestar social. En la República Mexicana, por ejemplo, existen importantes desigualdades económicas que conllevan un deficiente cuidado de la salud.

De la misma manera en que la economía mexicana en su conjunto, ha sufrido modificaciones que van desde el cambio de modelo económico hasta reestructuraciones en la distribución del gasto, de la misma forma a venido haciéndolo el gasto destinado al sector salud, ya que ha tratado de responder tanto a las necesidades de la población como a una reducción de los recursos presupuestales del mismo, puesto que una de las premisas bajo las que se ha estado rigiendo el Estado en las últimas décadas es en dejar de ser *paternalista*, lo cuál en algunos sectores de la economía se puede decir que ha funcionado, pero en el caso específico de la salud no, puesto que hay un importante número de personas que no cuenta con los recursos suficientes para atender sus enfermedades y se las tratan con remedios caseros, lo cual generalmente no elimina la dolencia quizá lo que hace es adormecerla.

Con los cambios que se suscitaron en la economía, en cuanto a la distribución del gasto, la política bajo la cuál se empezó a trabajar fue la de atraer inversiones del extranjero, esto para que fungiera como motor de la economía en su conjunto, ya que el país estaba sufriendo de una fuerte déficit en materia de inversiones.

En cuanto al Sistema Nacional de Salud, la trayectoria que ha tenido desde su creación ha sido ascendente, es decir, ha crecido en cuanto a infraestructura mas no lo suficiente para poder cubrir las necesidades de atención de toda la población, así como en el tipo de servicios que ofrece a la población.

Dentro de la estructura de éste se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales, la Secretaría de Salud, el ISSFAM, los cuáles son de ámbito público. El IMSS y el ISSSTE atienden a personas que se encuentren insertas en la seguridad social, el ISSFAM se aboca a la atención de las fuerzas armadas; mientras que el reciente programa Seguro Popular de Salud atendería a la población que resta, es decir, va dirigido a las personas no atendidas por las demás instituciones existentes, para ello emplea la infraestructura tanto de la Secretaría de Salud como del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La atención que brindan estas instituciones a la población varía, por ejemplo en el ISSSTE para que los trabajadores accedan a una consulta de especialidad puede pasar hasta medio año a pesar que éste se encuentre grave, sólo mediante urgencias se le atiende en ese momento, lo mismo sucede para poder hacerse estudios de laboratorio tales como resonancias, entre otras; por otro lado la Secretaría de Salud, específicamente los Institutos Nacionales los cuales prestan servicios médicos de especialidad a la población abierta, es decir, a todas aquellas personas que no se encuentran incorporadas en la seguridad social.

Con la finalidad de medir la calidad de los servicios que ahí se ofrecen elaboré una encuesta en la cual pude observar que las personas que se atienden en estos lugares salen satisfechas de los servicios que ahí se les ofrece, en cuanto a los precios que se les cobra son por mucho menores a lo que les costaría acudiendo a un particular ya que se les hace un estudio socioeconómico para poder (mediante un tabla) especificar el costo ya sea desde una consulta hasta de una cirugía, la problemática que aqueja a estas personas son los medicamentos.

Los medicamentos en la actualidad, ostentan precios estratosféricos debido a que no hay ningún tipo de regulación, es conocida la problemática que presentan los medicamentos en su trayecto que inicia en las industrias farmacéuticas, el hecho de que los precios al público sean tan elevados se debe a que las distribuidoras aumentan los costos sin ningún tipo de intervención gubernamental; a esto se le añade en el caso de las instituciones como el IMSS, el ISSSTE así como la Secretaría de Salud, la carencia de medicamentos, lo que deja a la población al desamparo, por llamarlo de alguna manera, lo que deja desprotegida a la población se encuentre o no inserta en la seguridad social.

De 1994 a 2000 las consultas diarias promedio presentaron un incremento de aproximadamente cuatro puntos porcentuales, asimismo la ocupación hospitalaria nueve puntos mas no así los días de estancia en el hospital esto quizá debido a la enorme demanda que tienen los servicios de salud en contraposición con la falta de infraestructura existente, lo que se confirma de manera clara mediante las siguientes cifras, para 1991 se construyeron 544 unidades de consulta externa y 11 unidades de hospitalización general, mientras que para 2005 se construyeron 26 unidades de consulta externa y 5 para la hospitalización en general.

A pesar de que el gasto público federal destinado al sector salud ha venido creciendo, éste no ha podido cubrir todas las necesidades que presentan las personas hoy en día, lo cuál se debe al incremento de la población atendida en el sector, lo que a su vez ha provocado que el gasto per cápita disminuya.

El porcentaje del PIB que ocupa el gasto en salud es apenas del 2.6 por ciento para 2006, lo cuál a pesar de los incrementos es insuficiente al ser comparado con los países desarrollados e inclusive con algunos en vías de desarrollo. Para antes de las reformas estructurales el porcentaje que se destinaba a la salud oscilaba entre 3.3 y 3.5 puntos porcentuales. Mientras que una vez iniciado el proceso de cambios estructurales, durante la década de los noventa, el presupuesto asignado al sector salud tuvo un decremento de 0.5 puntos, ya que en 1990 significaba 2.8 y para finales de la década representaba 2.4 puntos; en términos generales el gasto en salud se mantuvo en 2.6 puntos porcentuales en promedio, como porcentaje del PIB.

Por otro lado las disparidades que existen en nuestro país se marcan aún con gran claridad en las entidades del sur como son: Oaxaca y Chiapas, entre otras; lo cual es reflejo de la falta de inversión que hay en aquella zona, muestra de ello es la inexistencia de caminos en algunas zonas de esta región, entre otras carencias.

El programa denominado Seguro Popular de Salud fue presentado en el gobierno de Vicente Fox Quesada, éste se mostró como la solución al problema que hay en el país de falta de atención médica y para poner fin al llamado “gasto de bolsillo”, pero en los hechos no ha sido tal, si bien es cierto que ha beneficiado a cierto número de habitantes que en teoría asciende a 16 millones de personas, al no crear unidades médicas que sostengan al programa su viabilidad se pone en duda. Se debe recordar que en poco más de cincuenta años, la población mexicana se ha más que cuadruplicado, al pasar de 25.7 millones en los años cincuenta a 103 millones en 2005, tal incremento de la población podría generar una crisis en el sector, ya que la infraestructura médica no ha crecido en la misma proporción. La interrogante sería por cuanto tiempo podrá el gobierno mantener este programa vigente y sobre todo que los resultados no queden sólo en cifras sino que la población pueda dar cuenta de la calidad de la atención que recibe.

Sin duda la atención de la salud de la población mexicana debe ser responsabilidad del Estado, tal y como sucede en muchos países que tienen un verdadero compromiso con el bienestar de su población. En México el déficit en atención médica a la población es muy grande y se debe superar para evitar problemas que van desde la falta de nutrición en los niños y ofrecer atención a las personas mayores así como a las mujeres, la búsqueda de equilibrios fiscales no debe ser pretexto ni debe justificar la falta de recursos para garantizar la salud de la población mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ánima Puentes Santiago y Guerrero Flores Vicente. “*Economía Mexicana. Reforma Estructural, 1982-2003*”. México: UNAM, Facultad de Economía. 2004.
2. Aspe Armella Pedro. “El Camino de la Transformación Económica”. México: FCE. 2° edición 1993.
3. Ayala Espino José. “*Diccionario moderno de la economía del sector público: para entender las finanzas del Estado mexicano*”. México: Diana, 2000.
4. Ayala Espino José. “*Economía del sector público mexicano*”. México : UNAM, Facultad de Economía, 2001.
5. Banco Mundial, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
6. Cárdenas Enrique. “*La Política Económica en México, 1950-1994*”. México: FCE – Colegio de México, 2003.
7. Bobadilla José Luis, “Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos”, Capítulo 11 en *Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas*, Centro de Economía y Salud (CES). Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, 1994.
8. Cabrero Mendoza E, Martínez-Vázquez J. (2000) Assignment of spending responsibilities and service Delivery. En: Giugale M, Wedd S. Achievements and challenges of fiscal decentralization. Lessons from Mexico. Washington, D.C., Banco Mundial.
9. Cardozo, Myriam (1998), “El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)”, en Enrique Cabrero,

- coord., *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*, México, CIDE-M.A. Porrúa.
10. Clavijo Fernando, (compilador). *“Reformas económicas en México, 1982-1999”*. México : Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000.
 11. Consejo Nacional de Salud. *“Hacia la Federalización de la Salud en México”*. México: Secretaría de Salud. 2ª edición 1998.
 12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Edit. Porrúa, México 2004.
 13. Cordera Rolando y Alicia Ziccardi, coords. *“Las Políticas sociales de México al fin del milenio : descentralización, diseño y gestión”*. México, D.F. : UNAM, Coordinación de Humanidades, 2000.
 14. Cordera Rolando y Carlos Javier Cabrera, coords. *“Superación de la Pobreza y la Universalización de la Política Social”*. UNAM-Facultad de Economía. México, D.F. 2005
 15. Eric John, Paul H. Stuart, *Encyclopaedia of Social Welfare History in North America*, Sage, Estados Unidos, 2005
 16. Espinoza, J., 1986. *Descentralización y Desconcentración de las Funciones de Regulación, Control y Fomento Sanitario*. Memoria del Seminario-Taller de Capacitación para la Regulación, Control y Fomento Sanitarios. México, DF. : Secretaría de Salud.
 17. Flammand, Laura (1997), *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, CIDE.
 18. Kumate Jesús, “Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno”, en Arturo Warman, *La política social en México, 1989-1994*, FCE, México, 1994.
 19. Lavielle Briseida, Rocío Moerno, Manuela Garza y Daniela Díaz, “Gasto en Salud: Propuestas para la mesa de gasto de la Convención Nacional Hacendaria, Fundar Centro de Análisis e Investigación, México, 2004.

20. Leal F. Gustavo. *“Agenda y Diseño de la Reforma Mexicana de la Salud y la Seguridad Social”*. México: UAM – División de Ciencias Biológicas y de la Salud. 2000.
21. Leal F. Gustavo. *“La Política Pública de Salud y Seguridad Social en México y el Mundo (1996-2000)”*. México: UAM – División de Ciencias Biológicas y de la Salud. 2004.
22. López Acuña Daniel. *“La salud desigual en México”* Ed. Siglo XXI, novena edición 1993.
23. López, O., 1992. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? In: *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo* (C. Laurell, ed.), México, DF.: Fundación Ebert.
24. Martínez Navarro F., Et all, *“Salud Pública”*, Ed. Mc-Graw Hill Interamericana, México 1998.
25. Mercedes Juan, “Presente y Futuro de la atención de la salud en México”, en Marcia Muñoz de Alba Medrano, *Temas selectos de salud y derecho*, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, México, 2002.
26. Poder Ejecutivo Federal, 1988. *Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988*. México, D.F. Impreso en México, Mayo 1989.
27. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Ernesto Zedillo Ponce de León, apartado Desarrollo Social.
28. Poder Ejecutivo Federal, Primer Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.
29. Poder Ejecutivo Federal, Segundo Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.
30. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.
31. Poder Ejecutivo Federal, Cuarto Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.
32. Poder Ejecutivo Federal, Quinto Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.

33. Poder Ejecutivo Federal, Sexto Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari.
34. Poder Ejecutivo Federal, Primer Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
35. Poder Ejecutivo Federal, 1988. *Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988*. México, D.F.: Segundo Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
36. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
37. Poder Ejecutivo Federal, Cuarto Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
38. Poder Ejecutivo Federal, Quinto Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
39. Poder Ejecutivo Federal, Sexto Informe de Gobierno. Ernesto Zedillo Ponce de León.
40. Poder Ejecutivo Federal, Primer Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
41. Poder Ejecutivo Federal, Segundo Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
42. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
43. Poder Ejecutivo Federal, Cuarto Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
44. Poder Ejecutivo Federal, Quinto Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
45. Poder Ejecutivo Federal, Sexto Informe de Gobierno. Vicente Fox Quesada.
46. Programa De Reforma Del Sector Salud, 1995. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México, DF.: Poder Ejecutivo Federal.
47. Stiglitz Joseph E. "*La economía del sector público*". Barcelona : A. Bosch, deposito legal 1997.

48. Urbina Fuentes Manuel, Alba Moguel, Melba Muñíz, José A. Solís, coords. *“La Experiencia Mexicana en Salud Pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio”*. FCE, México 2006.
49. Wilkie James, *La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social*, Fondo de Cultura Económica, 1967.
50. Zorrilla Arena Santiago, *50 años de Política Social en México*, Limusa , 1988.

Páginas Web:

1. www.presidencia.gob.mx
2. www.inegi.gob.mx
3. www.shcp.gob.mx
4. www.salud.gob.mx
5. www.hospitaljuarez.com.mx
6. www.hospitalnacionalhomeopatico.org.mx/
7. www.facmed.unam.mx/gea/
8. www.hgm.gob.mx
9. www.issste.gob.mx
10. www.imss.gob.mx
11. www.seguro-popular.gob.mx
12. www.cefp.gob.mx
13. www.aregional.com