

7  
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

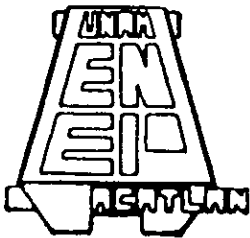
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ACATLAN**

**SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR DE POLITICA SOCIAL**

**“EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MEXICO”  
IMPLICACIONES POLITICAS Y SOCIALES**

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS  
Y ADMINISTRACION PUBLICA  
P R E S E N T A  
● JAVIER CHAVEZ VALENCIA**

**ASESOR: LIC. MARTHA ALICIA MARQUEZ RODRIGUEZ**



**ACATLAN, EDO. MEXICO**

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

257558



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.

## INDICE

### INTRODUCCION

#### **1. LA PLANEACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Estructura y funciones del SNS.
- 1.3. La política social en México.
- 1.4. La planeación del modelo de atención a la Salud.
- 1.5. Implicaciones políticas de la conformación y la práctica del modelo de atención a la Salud.

#### **2. EL MODELO NEOLIBERAL: REORIENTACION GENERAL DE LA ECONOMIA Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

- 2.1. La transición del perfil epidemiológico en México.
- 2.2. La transición del modelo de atención a la salud.

#### **3. LA REFORMA DEL ESTADO Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

- 3.1. La política social y el Programa Nacional de Solidaridad
- 3.2. La reforma de la administración del Estado y las Instituciones Médicas.
- 3.3. La Seguridad Social.
- 3.4. La Salud Pública y la asistencia social.
- 3.5. La atención médica privada.
- 3.6. La política social y la exaltación de valores
- 3.7. La problemática de acceso a los servicios de salud.
  - 3.7.1. La asignación de recursos para la atención a la salud.

3.7.2. La equidad en la atención médica.

3.7.3. El carácter social de la investigación médica.

3.7.4. La corresponsabilidad asistencial Estado-Sociedad.

## **CONCLUSIONES**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

*A MIS PADRES*

POR SU PROTECCION Y AFECTO INCONDICIONAL.

*A MI AMIGA GINA*

POR SU APOYO, COMENTARIOS Y ESTIMULO.

*A MI UNIVERSIDAD*

POR ALIMENTAR MI CONCIENCIA Y MI NECESIDAD DE  
CONOCIMIENTO, POR MI FUNCION SOCIAL Y POR OTORGAME EL  
REGALO MAS PRECIADO PARA MI: UN ESPIRITU CRITICO.

## INTRODUCCION

Actualmente el gobierno federal se enfrenta a la problemática de hacer llegar los servicios médicos y asistenciales a una población conformada por diversas clases sociales y dispersa geográficamente; dentro de un contexto socioeconómico caracterizado por una economía mixta y dependiente, la que sufre una fuerte crisis económica y una elevada deuda externa, factores que inciden en una limitación de los recursos disponibles que serían destinados al sector salud.

Tomando en cuenta que la dinámica económica de nuestro país se encuadra en el llamado modelo neoliberal, es de esperarse que ese aspecto se refleje en la estructura y funcionamiento del sector salud, esto es, los servicios de salud se encontrarían regidos por las mismas fuerzas del mercado que el resto de la economía, lo que significa que la demanda efectiva de servicios de salud va a ser atendida por los hospitales privados y los seguros de gastos médicos mayores en libre competencia; reservándose el gobierno la tarea de organizar y brindar los servicios médicos y asistenciales a la población de menor poder adquisitivo, normatizando por supuesto la prestación de estos servicios, tanto en el ámbito público como privado.

En un esquema económico donde existe la tendencia a la libre competencia y a la concentración del ingreso, la prestación de servicios médicos, por parte del gobierno federal, significa una medida de redistribución del ingreso; de tal manera que el estado mexicano asume la

responsabilidad de corregir y/o atenuar los efectos disfuncionales del propio sistema económico, con el propósito de mantener la estabilidad política y social, condición imprescindible para su existencia y desarrollo.

La problemática a resolver en este tema consiste en aclarar cuáles son los principales problemas enfrentados por las clases sociales menos favorecidas, a consecuencia de las prácticas médicas del actual modelo de atención a la salud.

Además se conocerán los procesos a los que se enfrentan los estratos sociales con menor poder adquisitivo, para tener acceso a un servicio médico oportuno y de calidad, contemplando la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, poniendo de relieve los principales factores que influyen en las políticas de atención a la salud, y en consecuencia el criterio de jerarquización (diferenciación social) de las demandas y necesidades, aplicado para su satisfacción.

El presente estudio se centrará específicamente en esclarecer si existe correspondencia, entre las demandas y necesidades de servicios médicos por parte de la población y las políticas sanitarias implementadas por el gobierno federal, procurando identificar los principales factores y dificultades que pudieran incidir en las posibilidades de acceso a los servicios médicos, por parte de los sectores más desprotegidos; se hará mención de los seguros de gastos médicos mayores y hospitales privados, solamente en forma superficial y complementaria, para describir los

criterios o posibilidades de acceso a la cobertura de las opciones existentes de seguridad social, salud pública y atención médica privada.

En suma: el objetivo de la presente investigación, es esclarecer los principales problemas que enfrentan las clases sociales menos favorecidas, derivados de las prácticas médicas del actual modelo de atención a la salud; para lograr este propósito expongo la siguiente hipótesis: Los principales problemas de acceso a un servicio médico oportuno y de calidad, por parte de las clases menos favorecidas, se derivan de la jerarquización (diferenciación social) de las demandas y necesidades, implícita en la estructura y funcionamiento del sistema nacional de salud.

Entendiéndose en el presente trabajo por "jerarquización" como el criterio de valoración para la determinación de prioridades, en la asignación de recursos e inversiones destinados a los distintos tipos y niveles de atención médica, como respuesta a la demanda de estos servicios por parte de la población, y de acuerdo al lugar que ocupa dentro del proceso productivo; así mismo, es necesario hacer notar que el acceso a los servicios médicos, estará condicionado por los supuestos laborales y económicos que son los que determinan en última instancia, la posibilidad de acceso a los distintos tipos y niveles de salud (adicionales a las características que tipifican la enfermedad), y que son previstos de antemano, de acuerdo al estatus social de la población que demanda estos servicios.

Por lo tanto, para abordar esta problemática, en el primer capítulo se expone el contexto socio-económico, donde la política social determina la estructuración y funcionamiento del sistema nacional de salud; en el segundo capítulo se describe el fenómeno de la transición epidemiológica y el proceso de transición del modelo del estado paternalista hacia el modelo neoliberal, y el consiguiente impacto de estos en la prestación de servicios médicos; y por último, en el tercer capítulo se analiza la llamada "reforma del estado" y la función de la "solidaridad" en el contexto de la teoría neoliberal frente a las necesidades reales de atención médica por parte de la población.

## **1. LA PLANEACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **1.1. Antecedentes**

El problema objeto de estudio, se puede encuadrar en el actual contexto socioeconómico de nuestro país, caracterizado por sufrir una fuerte crisis económica y una creciente deuda pública, tanto interna como externa por parte del estado, lo que ha incidido en una reducción del poder adquisitivo de la mayor parte de la población; frenándose así mismo la dinámica del desarrollo económico y social del país, que se caracteriza por ser dependiente de las grandes potencias, particularmente de la economía estadounidense.

Ante esta perspectiva y como respuesta del gobierno federal, se implementan una serie de medidas de política económica, en base al Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, con el propósito de combatir la crisis económica y tratar de disminuir sus efectos negativos: creciente deterioro adquisitivo, incremento en los niveles de desempleo y subempleo, delincuencia, desabasto de medicamentos en clínicas y hospitales, saturación de hospitales públicos (debido a la reducción de los niveles adquisitivos en las diferentes clases sociales), etc.

Considerando que la prestación de servicios de salud es una condición indispensable para el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, y que el estudio mexicano los ha considerado como aspecto prioritario de su administración, la consecución de este propósito se ha abordado con diferentes enfoques: Por un lado el estado benefactor tendía a incrementar el gasto público en este rubro ( burocracia, infraestructura e insumos) para poder aumentar la cobertura hacia una creciente y heterogenea población; y por otro lado el modelo emergente, llamado "neoliberal" o de "liberalismo social", que pretende disminuir el intervencionismo estatal en la economía, y las propuestas del Fondo Monetarios Internacional para superar la crisis económica: incremento del ahorro interno y la reducción del gasto público; todo esto implicaría un incremento en la participación del capital privado en el sector de la salud, que también está regido por las fuerzas del mercado, la oferta y la demanda, pero en un contexto de competencia monopólica; Jose Valenzuela Feijoó (1991)<sup>1</sup> resalta ciertos elementos en la economía mexicana llamada "mixta", como son el mismo mercado regulador de la asignación de recursos, la intervención estatal que corrige o complementa esta acción y la planificación corporativa u oligopólica que busca incidir en variables mercantiles como el precio, para así aumentar sus beneficios.

René Villarreal (1984)<sup>2</sup> llama la atención sobre el avance del neoliberalismo, que implicaría, no la desaparición del estado, sino su "privatización", tratando de convertirlo en un estado autoritario que permita

---

<sup>1</sup> VALENZUELA FEIJOÓ, JOSÉ. *Crítica del modelo neoliberal*. 1991, p. 18

<sup>2</sup> VILLARREAL, RENÉ. *La contrarrevolución monetarista*, 1984. p.

reprimir y controlar a los grupos marginados por el mercado; en este sentido el acceso a los servicios de salud por parte de estos grupos, es un problema a resolver de primera importancia.

Por lo anterior el gobierno federal se encuentra ante el reto de implementar una estrategia (a través del S.N.S.), que cumpla con las expectativas del modelo neoliberal, además que le permita hacer frente a las crecientes demandas y necesidades de servicios médicos y asistenciales, de los estratos sociales menos favorecidos de la población, para tratar de satisfacerlas y/o absorberlas antes de que desemboquen en conflictos de carácter político, delincuencia, etc.

Considerando que la sociedad mexicana se presenta como un conglomerado social heterogéneo compuesto por sectores que se diferencian entre sí, no solo por su nivel de ingresos, sino además por su nivel de organización y su fuerza política, el gobierno federal, para la planeación de la prestación de los servicios de salud, toma en cuenta que, por un lado, se sitúa la clase dominante, que influye política e ideológicamente para que se le brinde un servicio médico de acuerdo a sus expectativas, intereses y capacidad de pago; por otro lado se encuentran los sectores agrupados en organizaciones, es decir; la fuerza laboral formalizada, tanto del sector público como de las empresas de iniciativa privada, con medios para hacer valer de alguna manera sus demandas, y por último un sector social de importante magnitud no organizado:

desempleados, subempleados y campesinos entre otros, que constituyen la población marginal.

El modelo de atención médica en México (S.N.S.) se desarrolla como un proceso complejo, donde se entrelazan y condicionan mutuamente factores políticos, económicos, sociales y administrativos para que el estado logre hacer llegar estos servicios a los diversos estratos sociales.

Con base en lo anterior y como una medida de redistribución del ingreso, el estado brinda servicios médicos a la población, estableciendo ciertos supuestos para su acceso, esto es, por un lado agrupa a los trabajadores con situación laboral formalizada, tanto del sector público como privado, en la denominada seguridad social (ISSSTE e IMSS) y por otro brinda servicios médicos a través de las instituciones de salud pública y asistencia social (S.S.A.) a la población abierta; al respecto el Dr. Ramón Troncoso Muñoz (1980)<sup>3</sup> argumenta que esta política de salud esta encaminada a proteger fundamentalmente al sector más valorado del sistema: la población económicamente activa, medida que permite intensificar la jornada de trabajo, que redundaría en el aumento de la productividad y las consiguientes ganancias de los empresarios, por lo que no se brinda el mismo apoyo a la prestación de servicios médicos y asistenciales destinados a la población que se encuentra al margen de la seguridad social.

---

<sup>3</sup> TRONCOSO, RAMON. Medicina, capitalismo y trabajo: en "Medicina ¿Para quién?, 1980. p. 39

El estado mexicano, por medio de diversas acciones de políticas públicas (económicas, educacionales, sanitarias, poblacionales, etc.) lleva a cabo su tarea de preservar y desarrollar el modelo económico vigente, conservando la estabilidad política y social, como condición necesaria de su existencia.

## **1.2. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Sistema Nacional de Salud se podría conceptualizar como una estrategia global y diversificada, por parte del gobierno federal, para brindar y permitir el acceso a los servicios de salud, a una población con desigual estructuración social y dispersa geográficamente; a través de las instituciones del sector salud, el estado mexicano instrumenta la política sanitaria para el logro de este cometido. Tal política se ha ido conformando en un modelo administrativo-médico-asistencial por medio de presiones políticas y luchas sociales y como expresión y cumplimiento de las expectativas del modelo económico predominante. De esta manera actúa en forma diferenciada ante los distintos sectores sociales de tal manera que atenúa las diferencias sociales sin modificar la estructuración y funcionamiento de la economía.

## **1.3. LA POLÍTICA SOCIAL EN MÉXICO**

Rolando Franco (1982)<sup>4</sup> conceptualiza la política social como la intervención planificada del estado en la sociedad mediante acciones coordinadas para asignar recursos escasos a fin de aumentar el bienestar de la población en su conjunto. Para llevar a cabo tal asignación de recursos frente a las necesidades y demandas de la población, el estado jerarquiza los diferentes sectores (social y económico), los diversos campos sociales o subsectores ( salud, educación, vivienda, etc.) y los diferentes programas dentro de un sector determinado.

En este aspecto es necesario precisar que para fines del presente trabajo se considera como jerarquización, como el criterio de valoración para la determinación de prioridades en la asignación de recursos presupuestales e inversiones, destinados a los distintos tipos y niveles de atención médica y asistencial, como respuesta a las demandas y necesidades de estos servicios, por parte de la población y de acuerdo al lugar que ocupa dentro del proceso productivo y la consiguiente capacidad de hacer efectivas estas demandas.

#### **1.4 La Planeación del Modelo de Atención a la Salud.**

Lo antes expuesto, implica que el Sector Salud se convierte en un arena de luchas políticas, dentro de un contexto económico en transición, tal como lo expresa René Villarreal (1984)<sup>5</sup> " de un Estado benefactor que promueve

<sup>4</sup> FRANCO, ROLANDO. PLANIFICACION Y POLITICAS SOCIALES. En *Revista Paraguaya de Sociología*. 1982, p. 123

<sup>5</sup> VILLARREAL, RENÉ. *op. cit.*; p. 14-17

el empleo y la redistribución del ingreso", además de ser un promotor del desarrollo y pretendiendo alcanzar la industrialización como medio de romper el esquema de economía dependiente, primario y exportadora, el modelo que corresponde al concepto de economía mixta, donde el Estado actúa como regulador de la economía, participando activamente de ella y dirigiéndose hacia un modelo económico llamado "neoliberal" o de "liberalismo social", donde se restringe la acción del Estado en el mercado, y considerando que este último debe regirse solamente por la ley de la oferta y la demanda, el autor advierte que es un liberalismo social clásico, pero que se desenvuelve en un contexto de mercado dominado por monopolios, además sin que pierda nuestra economía su carácter de dependiente.

En esa perspectiva, la Política Sanitaria considerará que una parte de la población con solvencia para demandar servicios sanitarios, puede ser atendida por el mercado: clínicas, hospitales privados y seguros de gastos médicos mayores; pero que una gran mayoría de la población entraría en el ámbito de la planeación social del estado debido a sus escasos ingresos.

Rolando Franco (1982)<sup>6</sup> advierte que a pesar de que la planificación se vincula al desarrollo, esta no implica necesariamente ninguna ruptura del *status quo*, "sino el esfuerzo destinado a la maximización de los caracteres esenciales del tipo de desarrollo en vigencia y la eliminación de las

---

<sup>6</sup> FRANCO, ROLANDO. op. cit. p. 112

consecuencias negativas que él mismo genera, lo que podría llevar, en ciertas circunstancias, a poner en peligro su propio equilibrio”.

#### **1.5. Implicaciones Políticas de la Conformación y la Práctica del Modelo de Atención a la Salud.**

Las políticas de salud se van conformando, dentro del actual sistema de economía mixta ( en proceso de liberalización), de acuerdo a las expectativas del bloque en el poder, que detenta el poder económico y su consiguiente influencia en las decisiones del poder político, existiendo por supuesto, interrelación en ambos ámbitos; esto es, el capital tanto extranjero como el nacional dirige su inversión hacia las áreas consideradas rentables de la economía: clínicas y hospitales privados, seguros de gastos médicos mayores, laboratorios e industrias de insumos para la salud; mientras que el poder político va a dirigirse, a través del presupuesto público, a contribuir (junto con las aportaciones de trabajadores y empresas) a la prestación de la seguridad social a los trabajadores de las empresas privadas y sector público por un lado, y a las instituciones de salud pública dirigidas a atender a la población marginada del proceso productivo: desempleados y subempleados tanto rurales como urbanos. (Ver anexo A)

De acuerdo a Vicente Navarro (1984)<sup>7</sup> en la esfera del ejercicio de la medicina, encontramos una gran división del trabajo y especialización que

---

<sup>7</sup> NAVARRO, VICENTE. Lucha de clases, estado y medicina. Nueva Imagen. 1984, pp.149-153.

"establece un orden jerárquico que complementa y está basado en la estructura de clase y relaciones de clase de nuestras sociedades". Esto es, la concentración del poder económico y político determinan un cierto tipo de desarrollo tecnológico que en el caso de la práctica médica - al igual que los demás sectores de la vida social- "refuerza cada vez más la jerarquización de nuestra población y que reproduce la estructura de clase de las sociedades capitalistas". De esta manera, la estructura de la gestación y ejecución de políticas de salud va a reflejar a la estructura clasista y "piramidal" de la sociedad mexicana: el bloque en el poder, tanto político como económico, va a configurar el nivel de toma de decisiones, a través de los directivos de empresas nacionales y extranjeras, y altos funcionarios del sector salud, mientras las clases medias van a participar en el nivel administrativo de supervisión de la aplicación de las políticas de salud, además de la coordinación y de niveles especializados de las prácticas médicas; en tanto que las clases subalternas tienen una participación en el aspecto administrativo y de servicios que conforman la logística del área médica; en esa estructuración existirá una cierta delegación de poder y autoridad de los altos niveles hacia los niveles de coordinación y aplicativos de las políticas de salud; sin dejar de mencionar el aspecto importante del control administrativo de unos niveles sobre otros a través de las políticas y procedimientos institucionales.

En este momento podemos distinguir dos aspectos de la problemática que nos ocupa, esto es, del acceso a un servicio médico oportuno y de calidad, por parte de los estratos sociales menos favorecidos:

- a) La participación de estos estratos, dentro del esquema de formulación y ejecución de políticas sanitarias asistenciales se reserva solamente en los niveles aplicativos dada su procedencia social, justificado por su bajo "nivel de instrucción" o por su falta de relaciones para hacer "carrera" para ascender a los niveles directivos y de toma de decisiones.
  
- b) Como demandante de los servicios médicos asistenciales y usuario de las instituciones que los prestan y que están estructuradas de antemano sin la participación activa del usuario, su acceso a estos servicios va a estar determinado de acuerdo a su inserción dentro del sistema productivo y su consiguiente nivel de ingresos; por lo que el nivel y el tipo de servicios que recibirá va a estar previamente estructurado al momento de utilización, esto es, la calidad y oportunidad demandada va a estar determinada por una estructura médico-administrativa clasista, "piramidal" y jerarquizada.

Eso significa que las clases subalternas (menos favorecidas) tienen dos opciones de "participación" en el proceso de formulación de las políticas de salud y asistenciales, que van dirigidas hacia ellas:

- a) La "participación ciudadana" por medio del voto, los foros de consulta popular, etc. dentro de los marcos de la legalidad y la democracia.
  
- b) De una manera no formal o "ilegal" como "amenaza" latente o manifiesta ante el *statu quo*, esto es, representado peligro para la estabilidad del sistema socioeconómico vigente, ante lo que el estado se

anticipa a las necesidades o demandas, o procede a la represión de acciones que salen de los canales normales o legales, tales como delincuencia, manifestaciones violentas, organizaciones ilegales o resistencia social. Jugando también un papel importante en el desempeño de sanidad pública, anticipándose a los brotes de enfermedades propias de la pobreza, pero sin que esto implique la modificación de la estructura que da origen a su pobreza.

Los diferentes estratos de las clases subalternas, por lo antes expuesto, se encontrarían en mayor o menor medida al margen de una participación decisiva en la conformación de las políticas de salud y por consiguiente en la real contemplación de sus demandas, y por lo tanto del disfrute de los beneficios del desarrollo económico.

## **EL MODELO NEOLIBERAL: Reorientación general de la economía y su impacto en el Sistema Nacional de Salud.**

Como ya se ha mencionado México se encuentra en un período de transición, de un modelo de intervención estatal que promueve la existencia de una economía mixta, hacia el de una mayor apertura del mercado y la consiguiente disminución de la intervención estatal en la economía teniendo como repercusión la disminución del aparato burocrático; es importante hacer mención que, paralelamente a estas transformaciones se presenta un proceso denominado transición en el perfil epidemiológico del país, lo que traería aparejado cambios paradigmáticos en los sistemas hospitalarios.

### **2.1. La transición del perfil epidemiológico en México**

La dinámica económica, demográfica, social y cultural de nuestro país, influye en los cambios tanto de la concepción como de los patrones de salud, enfermedad y muerte; tal como señala Rogelio López (1994)<sup>8</sup> en México ha habido cambios en el perfil epidemiológico siendo estos de naturaleza multifactorial, esto es que además de las condiciones materiales de la población, también se reflejan los avances de la ciencia y la tecnología.

<sup>8</sup> LOPEZ, ROGELIO; VILLA, JUAN CARLOS y EZQUIVEL, IRMA. La transición epidemiológica. CIENCIA MEDICA, 1994, p. 11.

---

En este aspecto y tal como lo advierte Francisco Rodríguez (1992)<sup>9</sup> , el nivel de desarrollo y la desigualdad en las condiciones de vida influyen de manera determinante en la salud de la población: la disposición de agua potable, drenaje, servicios de limpieza, condiciones de vivienda, acceso a los bienes básicos y la alimentación, nivel educativo, condiciones de trabajo, etc., que son factores que se concretan en la intensidad y carácter de riesgos para la salud.

Rogelio López (1994)<sup>10</sup> precisa que la transición epidemiológica es un cambio en el perfil de salud de la población: de la enfermedades infectocontagiosas a los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones, como principales causas de muerte, este cambio en el perfil de mortalidad no implica que se hayan abatido los padecimientos de la etapa pretransicional, existiendo, no un desplazamiento

"Sino un traslape en el patrón de morbilidad: que ha aumentado la proporción de muertes por padecimientos crónico-degenerativos, pero no ha disminuido la importancia de las enfermedades infecciosas. Además, han resurgido enfermedades que se creían erradicadas como el paludismo y el cólera".

<sup>9</sup> RODRIGUEZ, FRANCISCO. *Atención a la salud y desigualdad regional*. 1992, p. 11.

<sup>10</sup> LOPEZ, ROGELIO. *Op. Cit.*, p.11.

Rogelio López (1994)<sup>11</sup> ejemplifica lo anterior con cifras:

En 1950 las enfermedades de tipo infeccioso representaban 34.6% y las respiratorias el 20.7%, las enfermedades de los aparatos circulatorio y digestivo sumaban el 11.3% y los accidentes y tumores malignos ocupan los últimos lugares con el 6 y 2% respectivamente. En contraste en 1990 el primer lugar lo ocupaban las enfermedades del aparato circulatorio con el 20% , seguidas por tumores y accidentes con el 14.4% y 14% respectivamente. Las enfermedades de tipo infectocontagiosos suman el 20.2%; aquí es importante según cifras de 1990 las enfermedades de infecciones respiratorias agudas representaron el 63%, las diarreas el 17% y la amibiasis el 7.2%, lo que significa que las enfermedades infectocontagiosas han disminuido en importancia como causa de muerte, pero continúan siendo las primeras causas de enfermedad.

En base a lo antes expuesto se puede considerar que en México actualmente comenzó a perfilarse un incremento en los tipos de enfermedades crónico-degenerativas, propio de países industrializados, sin que se hayan podido superar las de tipo infecto-contagiosas o "patología de la pobreza" que ha caracterizado a los países subdesarrollados. Este aspecto lo aclara más Francisco Rodríguez (1992)<sup>12</sup> al afirmar que lo relevante del cambio del perfil epidemiológico, consiste en la acentuación de las diferencias en el perfil patológico

---

<sup>11</sup> LOPEZ, ROGELIO. Op. Cit., p.16.

<sup>12</sup> RODRIGUEZ, FRANCISCO. Op. Cit., p. 26.

predominante en los diferentes estratos sociales, ya que la patología típica de los estratos sociales privilegiados se asemeja a la que caracteriza a los países desarrollados, mientras que las clases subalternas combinan los efectos de la desnutrición y las infecciones comunes con los daños derivados de la modernización y de las condiciones laborales en la industria, además es necesario recalcar que la población rural continúa padeciendo la patología de la pobreza mientras que el medio urbano sufre de niveles crecientes de enfermedades crónicas y traumatismos.

Este autor agrega que "gran parte del perfil morboso de la pobreza puede ser evitado o atacado con los conocimientos y las técnicas de la medicina actual, pero afecta precisamente a los grupos de población que carecen de recursos para enfrentar esta problemática."

En la complejidad del perfil epidemiológico de México se incluyen múltiples factores; la desigual distribución del ingreso, el desarrollo regional desigual, el contraste en las condiciones de vida rural y urbanas de la población, etc. A este respecto Julio Frenk (1994)<sup>13</sup> explica que la transición epidemiológica se refiere estrictamente a las condiciones de salud independientemente del papel que asuma el Sistema Nacional de Salud vigente y lo clasifica de la siguiente manera:

- a) La estructura por causas de mortalidad, tendencia general a la prominencia cada vez mayor de causas de muerte de origen no

---

<sup>13</sup> FRENK, JULIO. La transición altera el significado de la salud. REVISTA CIENCIA MEDICA. 1994, p. 18.

infeccioso, haciendo parecer como de menor importancia relativa a los de origen infecto-contagioso; esto no implica que la importancia intrínseca de las infecciones este disminuyendo, sino que como causas de muerte va siendo mayor el peso de las no transmisibles.

b) Estructura por edades de mortalidad. Significa un desplazamiento de muertes que se concentran en niños pequeños a muertes en adultos, debido a que las causas infecciosas atacan principalmente a los niños.

c) El peso de la mortalidad y la morbilidad en la definición de salud de una población al adquirir mayor importancia los padecimientos crónicos, es mayor el tiempo en que pasa una enfermedad y ocurre el desenlace, se cure o muera la persona, por tanto la discapacidad va adquiriendo mayor peso; cuando la comunidad esta dominada por causas agudas (infecciones), el peso de la morbilidad es relativamente pequeño: Los niños se enferman, se curan o mueren rápidamente.

d) Cambio en el significado de la enfermedad: la enfermedad de ser un evento agudo, se resuelve rápidamente por curación o muerte, y se convierte en un status de la persona, esto es la enfermedad se convierte en parte de su identidad (soy diabético, paciente canceroso o cardíaco, quedando estigmatizada la persona en algunos casos, como el SIDA).

El período de transición epidemiológica se presenta en México como un traslape de eventos, no como una sucesión de ellos; tal como lo advierte

Julio Frenk (1994)<sup>14</sup> al decir que existe una coexistencia de enfermedades pretansicionales como las infecciones comunes con las post-transicionales, como las enfermedades del corazón o tumores malignos, reapareciendo en ocasiones enfermedades ya controladas como el cólera, el paludismo o el dengue; esto es, no habiendo resuelto los viejos problemas, determinados por las infecciones, la desnutrición y los problemas ligados a la reproducción y a la salud materna, y además brotan nuevas enfermedades como el SIDA, las no transmisibles y las lesiones; el autor mencionado pone énfasis en la desigualdad de enfermedades, ya sean infecciones comunes o enfermedades no trasmisibles entre regiones; y no solamente los pobres se enferman o se mueren en mayor cantidad que los ricos, sino que los pobres, principalmente en el medio rural se mueren por causas diferentes que podrían ser prevenibles, destacando que "la mortalidad infantil en los cinco estados de la república más pobres es el doble de la mortalidad infantil de los cinco estados de la república más ricos". Tratándose de "un problema serio de equidad".

Francisco Rodríguez (1992)<sup>15</sup> pone de relieve que el desarrollo económico ha hecho posible mejorar las condiciones de vida de la población: infraestructura en servicios que inciden en los niveles de salud en forma directa ( agua potable, drenaje, pavimentación, etc.) o de manera indirecta (caminos, comunicaciones, etc.), así como medidas de

<sup>14</sup> FRENK, JULIO. Op. Cit. pp.20-21.

<sup>15</sup> RODRIGUEZ, FRANCISCO. Op. Cit., pp.23-24.

saneamiento, campañas de vacunación, ampliación de cobertura de los servicios médicos entre otros; con el consiguiente efecto del descenso y la mortalidad en general, y en particular de la mortalidad infantil. Este descenso de la mortalidad estuvo acompañado de altas tasas de fecundidad, creando un incremento acelerado de la fuerza de trabajo que no corresponde a la creación de empleos. Asimismo, el autor citado advierte, que existe una disminución del peso de la mortalidad por causas derivadas de la pobreza (enfermedades infecciosas), con el aumento de las que se relacionan con la industrialización y la urbanización, esto es como consecuencia de los factores negativos del desarrollo económico.

## **2.2. La transición del modelo de atención a la salud.**

Es de esperarse que como consecuencia del cambio paulatino del modelo económico y de la llamada transición epidemiológica, ambos relacionados con la dinámica del desarrollo económico de nuestro país, también se perfilen cambios en las estrategias y formas de enfrentar los problemas relacionados con la salud, por parte de la sociedad en general y del gobierno federal en particular.

Julio Frenk (1994)<sup>16</sup> argumenta que como respuesta a los cambios y las condiciones de salud de la población, también se da una transición en la "respuesta social que se articula a través del sistema de salud; a esto le podemos llamar la transición de la atención a la salud: cómo responde el

<sup>16</sup> FRENK, JULIO. Op. Cit., p.18.

Sistema de Salud a la transición epidemiológica y establece un cambio en su forma de organizarse, de financiarse o de proporcionar los servicios". Así mismo precisa que una "transición es un proceso de cambio de largo plazo y que sigue un patrón definido", en ese sentido precisa que "la transición epidemiológica se refiere a los procesos de cambio, en el largo plazo, que siguen los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte de una población".

En el aspecto de la atención a la salud, podemos observar que este presenta como un campo donde convergen condiciones objetivas, tales como el cambio de modelo bienestarista al modelo económico neoliberal o de liberalismo social, en una economía caracterizada por su subdesarrollo y dependencia y con una fuerte crisis económica, de ahí que surjan los consiguientes cambios en la dinámica poblacional, la morbilidad y la mortalidad, influidos por el mismo proceso de desarrollo; ante lo cual el gobierno federal tiene el reto de movilizar su cada vez más disminuido aparato administrativo y los escasos recursos de que dispone, a través de nuevas estrategias que le permitan hacer frente y tratar de subechar los problemas de salud y asistencia, matizados por esa misma dinámica económica, y que no podrán ser atendidos y resueltos por el mercado de servicios, durante el proceso de liberalización de la economía. El costo de esta empresa exitosa o no, será el precio que se pagará por el boleto hacia la conformación en nuestro país de un capitalismo "plus".

La tendencia actual en la dinámica económica de nuestro país, con el avance del modelo económico neoliberal, es la restricción al gasto público y por consiguiente la reducción del volumen del aparato administrativo; pero lo que es más importante es la pretensión de que el gobierno federal vaya disminuyendo paulatinamente su ingerencia en la economía; lo que significa que de acuerdo a Carlos M Vilar (1994)<sup>17</sup> la política social no tiene un lugar particular en la teoría neoliberal, salvo la política económica, que actuaría transitoriamente al inicio de la implantación del modelo, y que esas políticas implican intervenciones del estado en la economía, pero de acuerdo a este enfoque éstas constituyen alteraciones en su funcionamiento, aceptando su intervención solamente si esta encaminada a "restablecer el juego libre del mercado, pero aún así con cierto recelo: éste tiene mecanismos autoreguladores que son suficientes para recuperar el equilibrio", además de que este modelo pretende que "la libre operación del mercado garantice que en el largo plazo la asignación racional de los recursos".

El modelo neoliberal se va desarrollando en todas las esferas de la vida social del país, de tal manera que podemos apreciar su impacto en la reorientación de la política sanitaria y en los cambios en la estructura y objetivos de las diversas instituciones que conforman el sector salud.

---

<sup>17</sup> VILAR, CARLOS M. De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo. 1994, p.111.

En este aspecto Jorge A. Monjaras Moreno (1996)<sup>36</sup>, asevera que en México "se mezclan tanto la pobreza de un país de tercer mundo, incapaz de atender bien a toda su población, con las nuevas corrientes de administración pública", y asegura que las pólizas de seguros médicos siguen teniendo un costo solo para privilegiados: entre \$5,000.00 y \$7,000.00 pesos al año, para una familia joven, {en el caso de las instituciones también se tendría que tener un puesto privilegiado}, si estos seguros los contratan, las empresas los costos son menores.

Por su parte José Luis del Hierro (1993)<sup>37</sup> hace un comparativo entre las estadísticas de Estados Unidos de Norteamérica, que cuenta con más del 80% de la población económicamente activa con una poliza de gastos médicos, y México donde se estima que menos del 10% de la población económicamente activa compra o tiene una poliza de ese tipo, pero que en el futuro el ejercicio privado de la medicina sólo tiene como sustento esta poliza de seguros, debido a que "la tecnificación sofisticada de la medicina ha dado lugar a un incremento de los gastos, de tal magnitud que vemos que el estado ha retraído sus inversiones, dando como consecuencia que un mayor número de personas en el futuro requieran de polizas de gastos médicos."

---

<sup>36</sup> MONJARAS MORENO, JORGE A. (Edit.) La salud en los tiempos del cólera. REV. INVERSIONISTA. Sept. 1996, p.1.

<sup>37</sup> DEL HIERRO, JOSÉ LUIS. La salud no está bien asegurada. REV. MÉDICO MODERNO. Feb. 1993, pp. 10 y 21.

Ante esta perspectiva y con el incremento de la demanda y de los costos de los gastos médicos, además de la emergencia de nuevas enfermedades, sin que se hayan controlado las actuales, como ya se ha comentado , Jorge A. Monjaras Moreno (1996)<sup>38</sup> , asegura que los cambios a la Ley del Seguro Social no pueden parar en las Afores y el SAR, sino que urge canalizar más dinero a la atención médica de la población "si la solución es que paguen más los que más tienen, que así sea, pero a cambio de un sistema médico que garantice para la población lo que, en realidad es un derecho humano: EL DERECHO A LA SALUD".

---

<sup>38</sup> MONJARAS MORENO, JORGE A. (Edit.) Op. Cit. 1996, p.1.

### 3.6 LA POLITICA SOCIAL Y LA EXALTACION DE VALORES

Es necesario destacar que la instrumentación de las políticas sociales conllevan la definición y aplicación de valores, que al ser compartidos con el resto de la sociedad (sociedad civil), contribuye a su legitimación. De esta manera el programa nacional de solidaridad se presenta con el instrumento legitimador de las políticas sociales del gobierno federal.

De acuerdo con Francisco Forte (s/f)<sup>39</sup>, ciertos valores se refieren no sólo a los fines, sino también a los medios para lograrlos, esto es, la "racionalidad", la "organización", normalmente no se conciben como "valores absolutos", sino, como medios para alcanzar más eficazmente otros fineso valores: máxima justicia, el máximo bienestar económico, la mayor seguridad y la mayor fuerza política y militar, de esta manera enfatiza que "la defensa de la libertad económica se concibe también como un medio para realizar un sistema productivo eficiente, una distribución equitativa, y así, a menudo diferentes libertades, también las no económicas, se valoran en función de valores ulteriores".

Eduardo Bustelo (s/f)<sup>40</sup>, distingue dos conceptos relacionados con los modelos de política social: a) La igualdad económica (como distribución de la riqueza y el ingreso), social y política de una sociedad y b) Solidaridad: como las percepciones, actitudes o prácticas que hacen que un individuo o grupo social asuma o incorpore intereses o problemas de

<sup>39</sup> FORTE, FRANCISCO. Manual de política económica. s/f. p.123

<sup>40</sup> BUSTELO, EDUARDO. Mucho, poquito o nada. s/f. p 257.

otros individuos y/o grupos más allá de los propios y considera que el principio de solidaridad se encuentra al lado y subsiste con igual fuerza que el principio del interés individual.

Uno de los objetivos básicos del Plan Nacional de Desarrollo es: "Avanzar a un desarrollo social que propicie y extienda en todo el país, más oportunidades de superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia" (1995)<sup>41</sup> para el logro de este propósito, dentro de la difícil situación económica actual, habría que mantener un clima de estabilidad social y política que propicie el desarrollo económico, a través de la cohesión social y la participación social solidaria.

Lorenzo Meyer (1996)<sup>42</sup> recalca la importancia de la cohesión de una nación como una de sus principales fuentes de energía política, siendo la fuerza que le permite hacer frente a situaciones adversas como la que hoy vive México y aclara que la cohesión interna de una comunidad se encuentra en gran medida en función del grado de solidaridad efectiva entre sus miembros: "Solidaridad significa, entre otras cosas que efectivamente hay una disposición y un arreglo institucional, gubernamental y privado, para asumir que la suerte de cada uno de los miembros de esa comunidad o nación es asunto de todos, al menos en lo que se refiere a las condiciones básicas de vida".

---

<sup>41</sup> Plan nacional de desarrollo 1995-2000. S.H.C.P., 1995, p.X

<sup>42</sup> MEYER, LORENZO. La desigualdad, un problema que se agrava. Period. Reforma. 28 de marzo de 1996, p. 11-A.

A pesar de que la solidaridad es uno de los valores que más se ha exaltado en los últimos años, Lorenzo Meyer (1996)<sup>43</sup> apunta que la solidaridad en el caso mexicano no es una característica sobresaliente de la comunidad "ya que la esencia de una sociedad colonial como lo fue por tres siglos la mexicana, es justamente opuesta: Para que la minoría explotara abierta y sistemáticamente a la mayoría, fue necesario que la primera viera a la segunda como algo totalmente ajeno y despreciable". Y recalca que la cifras " nos presentan con toda claridad el resultado de ausencia de solidaridad ahí donde más cuenta; en la distribución del ingreso..." El 20 por ciento más pobre de los hogares mexicanos, se llevaron en 1984 el 4.83 por ciento del ingreso disponible, pero a partir de entonces su pequeña tajada del pastel colectivo se hizo aún más pequeña hasta llegar en 1994 - último año para el que hay cifras- al 3.28 por ciento.

De esta manera la solidaridad es un valor que no es compartido por toda la sociedad mexicana, con un sistema económico y social que exalta los logros individuales antes que los colectivos; Lorenzo Meyer (1996)<sup>44</sup> apunta en este aspecto que el grupo de las familias más afortunadas de México dispuso en 1984 del 32.77% del ingreso, y 10 años más tarde su proporción había aumentado al 41.24%, lo que significaría que la evolución de la distribución del ingreso reflejaría un aumento en la desigualdad y en la polarización social, afirmando por tanto que "una nación que trata de una manera tan dura, tan insensible a sus clases más

<sup>43</sup> MEYER, LORENZO. Op cit, p. 11-A.

<sup>44</sup> MEYER, LORENZO, Op. Cit. p. 11-A

desprotegidas como México, no puede esperar un buen futuro en materia de cohesión.

### **3.7 LA PROBLEMÁTICA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

Hasta aquí podemos apreciar que la problemática de acceso a un servicio médico adecuado, por parte de las clases menos favorecidas de la sociedad mexicana, se agrava con el avance del neoliberalismo, ya que el disminuir paulatinamente la ingerencia del estado en la economía, implica la disminución del gasto público en los rubros de seguridad social y salud y asistencia pública a la población abierta; proceso que es justificado aludiendo la ineficiencia del llamado "estado benefactor", de esta manera el Dr. Arturo Gaytán Becerril (s/f)<sup>45</sup> ha declarado que como parte de la modernización del I.M.S.S., éste Instituto ha decidido "hacer mejor lo que le toca y desprenderse sin vacilación de lo que no le corresponde", para que de esta forma "impulsar la modernización, entendida como la capacidad innovadora de los involucrados para adaptarse a un entorno cambiante y para encontrar fórmulas creativas de bienestar común " tratándose de "conjuguar no sólo la satisfacción esperada de los servicios al cumplimentar nuestro objetivo asistencial, sino el de poder estar en posibilidad de ofertar, vender y colocar servicios en los mercados de la salud".

<sup>45</sup> GAYTÁN BECERRIL, ARTURO. Tendencias y perspectivas del sistema de atención hospitalaria. Ponencia: Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, A.C. S/F p. 1.

---

Por su parte Horacio García Romero (1997)<sup>46</sup> señala que cambio de políticas aunado a la situación precaria de la economía del país ha deteriorado la calidad de vida de la población y ha incrementado sus necesidades de salud: "los servicios han recibido un menor financiamiento y apoyo, deteriorándose y disminuyendo su capacidad de respuesta a las demandas ciudadanas".

El avance del modelo neoliberal en México y la consiguiente disminución del aparato estatal, implica el traslado paulatino de responsabilidades del estado a la sociedad civil, es por eso que Horacio García Romero (1997)<sup>47</sup> recalca que "a través de la disminución del gasto social, el estado busca hacer participar a la sociedad en la responsabilidad de su salud, sin tomar en cuenta que la asistencia médica tiene un costo que queda fuera del alcance de la mitad de nuestros compatriotas".

La libertad de elección entre una variedad de ofertantes de atención médica, tanto públicos como privados, promulgada por el neoliberalismo en el que la libre competencia estimularía a los prestadores de servicios médicos a mejorar éstos con mayor calidad y oportunidad, es aún una ilusión para la gran mayoría de los mexicanos.

De continuar la tendencia de este esquema, con muy clara inequidad Horacio García Romero (1997)<sup>48</sup> afirma que sólo "unos cuantos

---

<sup>46</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. (Coord). La protección de la salud como un derecho humano. En la Jornada Ecológica. 23 de enero de 1997. p.2.

<sup>47</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit. p. 2.

<sup>48</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit. p. 2

individuos disfrutarán de buena atención. El resto deberá conformarse con servicios de calidad equiparable a sus ingresos, lo que les dificultará conservar la plenitud de su salud. Esto provocará un mayor desequilibrio social y antenpondrá consideraciones técnicas o de lucro por encima de principios éticos, ahondando más la inequidad con la que se prestan los servicios".

Podría pensarse que la ampliación de la cobertura de la seguridad social hacia los sectores más pobres del país, sería la mejor opción para brindarles mayor bienestar, en cuanto a servicios médicos y asistenciales se refiere, lo que significaría acercarse más al objetivo "salud para todos en el año 2000" y la aplicación del derecho a la salud para todos los mexicanos, pero también pareciera que la aplicación de la cobertura pudiera ser casi imposible dentro de la actual crisis económica y dentro del marco de la teoría neoliberal, ya que tal ampliación implicaría aumento en el gasto público en el rubro de la seguridad social y la salud pública y asistencia social, además que requeriría un aumento de la población económicamente activa en las actividades formalizadas.

Al respecto, Ernesto A. Isuani (1984)<sup>49</sup> afirma que las perspectivas de ampliación del mercado formal son muy pequeñas en vista de las tendencias observadas y que se descarta "la validez de un proceso gradual de la universalización de la seguridad social" además de que "los problemas que se plantean a la universalización de la seguridad social son

<sup>49</sup> ISUANI, ERNERSTO. Op. Cit., p.202.

estructurales y no pueden superarse sin repensar en los actuales esquemas".

La resolución de la presente problemática nos conduce a pensar que aunado a la necesidad del desarrollo económico en México, es deseable un desarrollo social", el cual es caracterizado por Ernesto A. Isuani (1984)<sup>50</sup> como "el proceso que conduce a mayores niveles de igualdad y bienestar de la población", a lo que agrega que "no es posible pensar la seguridad social en aislamiento, ya que ello simplemente la condena a reproducir las desigualdades sociales y un proceso de desarrollo social es su antítesis".

### **3.7.2 La asignación de recursos para la atención a la salud.**

Aunado a las dificultades de cobertura por parte, tanto de la seguridad social (IMSS e ISSSTE), como de la salud y asistencia pública a la población abierta (SSA), hay que recalcar el deterioro del nivel de recursos disponibles para brindar estos servicios, esto debido a la crisis económica y a las políticas neoliberales.

En este sentido, Horacio Garcia Romero (1997)<sup>51</sup> expone cifras muy significativas: "en 1994 el 53% de la población se encontraba cubierta por un servicio médico de seguridad social, el 47% restante se consideró como población abierta, atendida por la Secretaría de Salud, los Servicios

---

<sup>50</sup> ISUANI, ERNESTO. Op. Cit., pp. 202 y 203.

<sup>51</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., p. 5.

Médicos del Departamento del Distrito Federal, los del IMSS-Solidaridad y por personal privado", en éste último rubro se encuentran los grupos de pobreza extrema, considerados de alto riesgo, porque debido a las precarias condiciones en que viven tienen más incidencia de enfermedades.

La política sanitaria instrumentada por el Gobierno Federal como respuesta a esta situación, es ilustrada por Horacio García Romero (1997)<sup>52</sup> de esta manera: "El Banco Mundial reportó que México el gasto en salud como porcentaje del producto nacional bruto (PNB) en 1990 era de 3.2.% [...] mientras el informe presidencial de 1994 señala que el porcentaje del PNB dedicado a la salud era de 4.5". El autor hace un comparativo de nuestro país con Canadá con un 8.6%, Costa Rica con un 19.3% y Cuba con un 15.0%. Esto ha repercutido en los índices de salud de la siguiente manera: mientras que la mortalidad en Canadá es de 8.6, en Costa Rica es de 14.0 y en Cuba es de 9.0, en México asciende a 18.6%, en vista de lo cual asegura que "los casos de Cuba y Costa Rica demuestran que no se requiere un elevado PNB para mantener condiciones de salud apropiadas, siempre y cuando exista un interés genuino por elevar el nivel de salud"; ya que estos dos países se consideran con un menor nivel de desarrollo económico que nuestra nación.

---

<sup>52</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., p. 5.

En este momento, no hay que olvidar que, para cubrir las demandas y necesidades de servicios médicos de la población, no solamente se requiere ampliar la cobertura, sino que estos servicios se deberán brindar con calidad y oportunidad.

### 3.7.2 La equidad en la atención médica

En este sentido Horacio García Romero (1997)<sup>53</sup> señala que "la salud es una precondition para la igualdad de oportunidades sociales, conjuntamente con la educación. Sólo los individuos sanos pueden generar mejor trabajo y la riqueza social...(Además que) un real desarrollo económico incide en la evolución humana, a través del mayor bienestar de las poblaciones". Así mismo, considera que el derecho a la salud, se traduce en una obligación del estado de "organizar un sistema con los recursos aportados por la sociedad en general, que asista médicamente en forma integral a la población que lo requiera". Esto es, que exista una equidad integral: de cobertura, de pago y de calidad.

Por su parte, Ernesto A. Isuani (1984)<sup>54</sup> destacó que la equidad indica que no pueden tratarse situaciones diferentes con soluciones iguales, por lo que la igualdad aparente encubre el reforzamiento de la desigualdad; complementariamente Horacio García Romero (1997)<sup>55</sup> señala que la calidad es la atención que responde y resuelve las necesidades de salud de la población y comprende todo el proceso y no sólo el producto final.

En base a lo anterior, podemos observar que, uno de los factores que inciden en el deterioro de la calidad de la atención médica, es la disminución real del presupuesto destinado al rubro de la atención a la

<sup>53</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., p. 3.

<sup>54</sup> ISUANI, ERNESTO. Op. Cit., P. 130.

<sup>55</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., p.14.

salud, por parte del gobierno federal, lo que repercute en bajos salarios e insuficiencia de recursos para brindar una atención adecuada; ante lo que Ernesto García Romero (1997)<sup>56</sup> aclara, "la calidad de los servicios de salud no es responsabilidad exclusiva de los médicos y enfermeras. Como en todo proceso la responsabilidad es de todo el equipo (...) es en las autoridades, en última instancia, en quien recae la responsabilidad.

### **3.7.3 El caracter social de la Investigación médica.**

La estructuración del sector salud en México, lleva implícita una cierta distribución de responsabilidades, respecto a la obtención y aplicación del conocimiento médico: correspondiendo al gobierno federal, además de la medicina preventiva y asistencial, la formación de médicos especialistas y el desarrollo de la investigación en las diversas especialidades médicas (cardiología, pediatría, perinatología, etc.) a través de los Institutos Nacionales de Salud y los Centros Médicos de 3er nivel.

Así mismo, es importante hacer notar que las necesidades de asistencia social por parte de los sectores más desprotegidos, están siendo contempladas en las estrategias de mercadotecnia de algunas empresas (de yogurths, televisoras, etc.), las que hacen un llamado a la "unidad nacional" para hacer frente a ésta situación y comprometiéndose - si los consumidores prefieren y compran sus productos- a destinar un cierto porcentaje de sus ganancias a obras de beneficio social, como son la

---

<sup>56</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., pp. 7 y 14.

atención a enfermos de cancer, invidentes, niños abandonados, etc.; esperando, tal vez, realizar una obra benéfica, así como, incrementar sus ganancias, utilizando para ello frases como "construimos sus sueños" y organizando "teletones", etc.; situación que resulta paradójica, ya que la concentración del ingreso, también genera pobreza, por lo tanto, la implementación en México de la teoría neoliberal implica, que la búsqueda de condiciones de mayor bienestar para la población continuará por un camino con nuevos derroteros.

Al respecto, Horacio García Romero (1997)<sup>57</sup> nos recuerda que "las unidades hospitalarias privadas, salvo excepciones, no realizan medicina preventiva, enseñanza ni investigación", por tanto y tal como lo manifiesta Eduardo L. Menendez (1984)<sup>58</sup> "casi en la totalidad de los casos los pacientes que son sometidos a investigación proceden de las clases subalternas" y agrega que "el sujeto/objeto de estas investigaciones no tiene generalmente ni una preparación educacional, ni puede establecer una relación que le permita acceder a lo producido a partir del trabajo con su propio cuerpo (o mente)".

Lo que significa que si la producción de conocimientos, tanto a nivel de investigación como en la formación de médicos, tiene un carácter social. (La sociedad en su conjunto proporciona los medios), no se revierte en

---

<sup>57</sup> GARCÍA ROMERO, HORACIO. Op. Cit., p. 9.

<sup>58</sup> MENÉNDEZ, EDUARDO L. Relaciones sociales de cura y control. 1984. Rev. Paraguaya de Sociología. p. 161.

igual medida a los conjuntos sociales, ya que en su aplicación adquiere un carácter mercantil.

#### **3.7.4 La corresponsabilidad asistencial estado-sociedad**

Con la implementación en México de la teoría neollberal, se continuará paulatinamente con el proceso de traslado de responsabilidades, consideradas tradicionalmente como del estado, a la sociedad civil, esto es, de lo público a lo privado, con campañas como: la mayor participación del individuo en el cuidado de su propia salud, "los niños de la calle son de todos", becas para niños que no tienen recursos para continuar sus estudios, apoyo a minusválidos y enfermos de cáncer, etc. Todo esto a través de la utilización de valores como la "solidaridad", hacia quienes la demanda de servicios médicos, asistenciales y de educación, no puede hacerse "efectiva" en el mercado de estos servicios.

## CONCLUSIONES

El propósito de éste trabajo, ha sido esclarecer los problemas que enfrentan las clases menos favorecidas, para acceder a un servicio médico y asistencial de calidad, en forma oportuna y equitativa; por supuesto que, para el Gobierno Federal, constituyen una serie de problemas y una problemática a resolver la tarea de brindar los servicios médicos y asistenciales adecuados para toda la población.

Por lo tanto, me permito concluir que el Sistema Nacional de Salud, se encuentra estructurado y articulado de tal manera que, su cometido es enfrentar esos problemas a nivel "micro", sin considerar que éstos son originados a nivel "macro", estos es, por la naturaleza misma del funcionamiento del sistema económico y social vigente, sobre la base de determinadas características biológicas y condicionantes ambientales dadas.

Esto significa que atiende los problemas (demandas y necesidades) de salud y/o asistenciales, particularizándolos: jerarquizándolos y estructurándolos de acuerdo a su implicación con el proceso productivo (empleo formal-subempleo, seguridad social-salud pública) o "focalizándolos" en forma aislada de sus condiciones propiciatorias (pobreza y pobreza extrema); pero sobre todo, sin enfrentar la problemática, que constituye el conjunto de circunstancias y hechos articulados en un sistema de tal manera, que actúa como coadyuvante de esos *problemas* a resolver, debido a que ello implicaría cuestionar y

seguramente modificar el modelo económico vigente, para estar en posibilidad de poder contribuir a la edificación de condiciones reales de bienestar de la población.

Por su parte, las clases menos favorecidas, al no tener la capacidad adquisitiva, para poder decidir entre las opciones que ofrece el mercado de estos servicios (hospitales privados, seguros de gastos médicos mayores, etc.), tienen la expectativa de continuar con un sistema de seguridad social y/o servicios de salud a la población abierta, el cual se encuentra en continuo deterioro por la crisis económica y el avance del neoliberalismo, o en el caso del sector considerado de pobreza y pobreza extrema, esperar que el estado incremente la cobertura, ser considerados "grupos prioritarios" para ser "focalizados", o que la comunidad les brinde su apoyo en forma "solidaria".

Por lo anterior, también es necesario aclarar que sería injusto responsabilizar solamente al equipo médico del estado de salud de la población, ya que, como se ha hecho mención, éste tiene implicaciones multifactoriales tanto del tipo, calidad, oportunidad de la atención médica, como de los servicios públicos, el ingreso y el tipo de alimentación a que tiene acceso, además de los riesgos a que está expuesta ésta población durante sus actividades cotidianas y laborales. Tomando en cuenta, por supuesto, la orientación de las prácticas médicas, en base a una cierta política social y en el marco del modelo económico en México.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ABRANTES PEGO, RAQUEL. *Las estrategias de acción colectiva en el sector salud mexicano a partir de la crisis económica de 1992: Una primera aproximación*. México, CIDE; N° 37, 1995.
2. BATA, VICTOR (Coord). "Neoliberalismo y combate a la pobreza" El FINANCIERO, Informe especial. México, 28 de mayo de 1995.
3. BUSTELO, EDUARDO. *Mucho, poquito o nada*. México, CIEPP-S XXI. S/F
4. CHANEZ NIETO, JOSÉ. "La Reforma del Estado y la dimensión deseable de la administración pública en México". En reflexiones al futuro. México.
5. DEL HIERRO, JOSÉ L. "La salud no está bien asegurada". REV. MEDICO MODERNO. México, febrero de 1993, Año XXXI, N° 6.
6. FORTE, FRANCISCO. *MANUAL DE POLITICA ECONOMICA*, México, S/F.
7. FRANCO, ROLANDO. "Planificación y políticas sociales", Rev. Paraguaya de Sociología. Paraguay, Enero-Abril de 1982. Año 19, N° 53.

8. GARCIA ROMERO, HORACIO (Coord). "La salud de los mexicanos, prioridad del estado". La Jornada Ecológica, México, 23 de enero de 1997, Año 5, N° 53.
9. GAYTAN BECERRIL, ARTURO. "Tendencias y perspectivas del sistema de atención hospitalaria" (Ponencia). México, Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud A.C., Monografía, S/F.
10. GONZÁLEZ PEDRERO, ENRIQUE. "La reforma del estado" Rev. NEXOS. México, febrero de 1990, N° 146.
11. ISUANI, ERNESTO. "Universalización de la seguridad social en América Latina: Límites estructurales y cambios necesario". Revista Paraguaya de Sociología. Paraguay, Septiembre-Diciembre de 1984, N° 61.
12. LOPEZ, ROGELIO; VILLASOTO, JUAN C. Y ESQUIVEL, IRMA. "La transición epidemiológica". REV. CIENCIA MEDICA. México, octubre-diciembre de 1994. Vol. 1, N° 2.
13. MENENDEZ, EDUARDO I. "Relaciones sociales de cura y control, notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico" Rev. Paraguaya de Sociología. Paraguay, Septiembre-Diciembre de 1984. Año 21, n° 61.
14. MEYER, LORENZO. "La desigualdad, un problema que se agrava". México, Period. REFORMA, 28 de marzo de 1996.

15. MERCADO, FRANCISCO. (Coord). *Medicina ¿Para quién?*. México, Nueva Sociología. 1980.
16. MONJARAS MORENO, JORGE (Ed) "La salud en los tiempos del cólera". Rev. Inversionista. México, Septiembre 1996.
17. NAVARRO, VICENTE. *Lucha de clases, estado y medicina*. México, Nueva Imagen, 1984.
18. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000, México, S.H.C.P., 1995.
19. RETCHKIMAN K., BENJAMIN. *Política Fiscal Mexicana*. México, UNAM., 1983.
20. RODRIGUEZ, FRANCISCO. *Atención a la salud y desigualdad regional: Distribución de los recursos para la atención de la salud en México*. México, UNAM. 1992.
21. ROJAS SORIANO, RAUL. "¿Quién sostiene la seguridad social?" Period. Excelsior. 14 de enero de 1988.
22. ROMERO, MIGUEL (Ed.). *El neoliberalismo en América Latina: Carta de los provinciales latinoamericanos de la Compañía de Jesús*. México, Univ. Iberoamericana, 1997.
23. VALENZUELA FEIJOÓ, JOSÉ. *Crítica del modelo neoliberal*. México, UNAM, 1991.

24. VILAR, CARLOS M. *De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo*. México, 1994.
25. VILLARREAL, RENÉ. LA CONTRAREVOLUCION MONETARISTA. México. Ed. Océano. 1984.
26. VILLARREAL, RENÉ. *Liberalismo social y reforma del estado: México en la era del capitalismo postmoderno*. México, S/E. 1993.

## ANEXO

### ESQUEMA DE ANÁLISIS DEL PROCESO DE FORMULACION Y EJECUCION DE POLITICAS DE SALUD

