

Conferencia Interamericana _____
_____ de Seguridad Social

memoria

Reunión Subregional
de la Comisión
Americana
Médico
Social



2 al 6 de Agosto de 1993

C. I. S. S.

Ciudad de México

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

✓
**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL**

**MEMORIA DE LA REUNION SUBREGIONAL DE LA
COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL**

**"MEJORAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD
DIRIGIDOS A GRUPOS PRIORITARIOS"**

**"TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
LOS PAISES EN DESARROLLO"**

**"LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA Y EL
TRATADO DE LIBRE COMERCIO"**

**ORGANIZADA POR LA
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE PLANEACION E INFORMACION MEDICA**

2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993

LIC. GENARO BORREGO ESTRADA

PRESIDENTE DE LA C.I.S.S.

DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO

PRESIDENTE DE LA C.A.M.S.

COMITE ORGANIZADOR DE LA REUNION

PRESIDENTE:

DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO
PRESIDENTE DE LA C.A.M.S.

COORDINADOR GENERAL:

DR. ARMANDO VALLE GONZALEZ
TITULAR DE LA COORDINACION DE PLANEACION E INFORMACION MEDICA

COMISION CIENTIFICA:

DR. PORFIRIO CERVANTES PEREZ
DR. FELIPE CRUZ VEGA
DRA. MARIA DE LOS ANGELES MANJARREZ GONZALEZ
DR. GERMAN ARGUELLES MEDINA
LIC. LORENZO RODRIGUEZ GALLARDO

COMISION DE APOYO LOGISTICO:

DR. HILARIO FIERRO HERNANDEZ
DRA. MARIA DE LA LUZ VIVEROS MICHAUD
LIC. MARGARITA DELGADO FLORES
SRA. MARTHA CERNA AGUIRRE

COMISION DE RELACIONES PUBLICAS:

DR. JUAN CARLOS ORTEGA SAEZ
SRA. MARIA DE LOURDES LUNA DE LOPEZ VELARDE

COMISION DE APOYO SECRETARIAL:

SRITA. LETICIA GARCIA LOPEZ
SRA. LAURA HERNANDEZ SANCHEZ
SRA. GUADALUPE ORTIZ TETLACUILO
SRITA. VIRGINIA REYES MUÑOZ
SRITA. LINA PINEDA RAMIREZ

COMITE EDITORIAL DE LA MEMORIA

DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO
PRESIDENTE DE LA C.A.M.S.

DR. ARMANDO VALLE GONZALEZ
COMPILADOR GENERAL

DR. PORFIRIO CERVANTES PEREZ
COORDINADOR EDITORIAL

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL LICENCIADO ROBERTO RIOS FERRER,
SECRETARIO GENERAL DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD
SOCIAL, EN LA INAUGURACION DE LA REUNION SUBREGIONAL DE LA COMI-
SION AMERICANA MEDICO SOCIAL EL 2 DE AGOSTO DE 1993.**

**Sr. Lic. Genaro Borrego Estrada,
Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social;**

**Sr. Dr. Norberto Treviño García Manzo,
Presidente de la Comisión Americana Médico Social;**

Señores Miembros de la Comisión Americana Médico Social;

Señoras y Señores.

Asistimos con gran satisfacción a esta Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social en la que se analizarán temas tan importantes como el mejoramiento de los programas de salud dirigidos a grupos prioritarios, las tendencias de la seguridad social en los países en desarrollo y la seguridad social mexicana y el Tratado de Libre Comercio.

Ante la responsabilidad de la Secretaría General de coordinar y apoyar las actividades de las Comisiones Americanas de Seguridad Social, es muy grato participar en un foro de este nivel profesional que en los próximos días nos permitirá, mediante un diálogo abierto, intercambiar conocimientos y experiencias, profundizar en la superación de problemas específicos y avanzar en la consolidación de logros en beneficio de las Instituciones de Seguridad Social en nuestro Continente.

Manifestamos nuestro reconocimiento, en primer lugar, al licenciado Genaro Borrego por el decidido respaldo que ha brindado a todos los eventos de esta Conferencia que preside y que hace posible la realización de reuniones de trabajo, de análisis y de debate, con la importancia que tiene la que hoy se inicia. También deseamos expresar que esta Reunión Subregional se ha logrado por la dedicación que ha puesto el doctor Norberto Treviño en todos los actos de esta Comisión que encabeza, realizando una positiva labor frente a la atención de un tema de gran trascendencia: "El Desarrollo de la Medicina Social". Cabe hacer notar que este es el segundo evento realizado por la misma Comisión Americana en que se toma en cuenta la nueva organización de la Conferencia mediante subregiones, la descentralización de actividades y, con ello, el acercamiento de conocimientos y de experiencias comunes desde una perspectiva local.

En septiembre de 1942, en la Ciudad de Santiago de Chile, fue constituida la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). El objetivo central fue la promoción del bienestar social y económico de los trabajadores y sus familiares, con base en los principios doctrinarios establecidos en el Seguro Social Obligatorio y la definición, como consecuencia, de los elementos esenciales que debería contener un Programa Continental de Seguridad Social fundamentado en la cooperación de las administraciones e instituciones.

Son testimonio de una vida fructífera de la Conferencias sus 51 años de existencia y de manera importante, sus 113 resoluciones manifestadas en 16 Asambleas Generales que constantemente sirven de referencia para enriquecer la filosofía social y fortalecer la actuación de las 54 Instituciones de Seguridad Social de 33 países de América que integran nuestra membresía actual.

Resulta conveniente recordar que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social es un organismo internacional técnico y especializado de carácter permanente, con sede en estas instalaciones y tiene las siguientes finalidades, que precisamente darán el entorno conceptual a esta reunión:

- Contribuir al desarrollo de la seguridad social en los países de América y cooperar con las instituciones y administraciones de seguridad social.
- Emitir declaraciones, adoptar resoluciones y formular recomendaciones en materia de seguridad social y promover su difusión para que se consideren en las políticas y programas de planificación.
- Impulsar la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones y administración de seguridad social y con otras instituciones y organizaciones afines;
- Fomentar y orientar la capacitación de recursos humanos al servicios de la seguridad social y,
- Recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

Las Comisiones Americanas de Seguridad social son órganos técnicos de apoyo para que la Conferencia cumpla con sus metas y están integradas por expertos provenientes de las instituciones acreditadas. Con funciones de asesoría en su especialidad, cada Comisión organiza y realiza reuniones técnicas, estudios e investigaciones que por su contenido resulten estratégicos para el mejoramiento y desarrollo de la seguridad social.

Actualmente operan las Comisiones Americanas:

- Médico Social,
- De Actuaría y Financiamiento,
- De Prevención de Riesgos en el Trabajo,
- De Organización y Sistemas Administrativos y,
- La Jurídico Social.

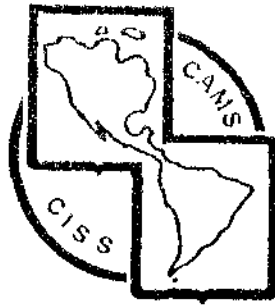
La Comisión Americana Médico Social se constituyó como grupo de trabajo en la Ciudad de México en 1958. A la fecha ha realizado 20 reuniones, todas ellas caracterizadas por la trascendencia de sus conclusiones, que seguramente será el caso de esta reunión que nos congrega.

En el mes de julio del año pasado llevó a cabo su primera Reunión Subregional sobre "Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social", a la que concurren 110 especialistas de 12 organismos internacionales, con el objetivo de examinar experiencias de este importante tema, la reunión se estructuró a través de la exposición de 15 conferencias de expertos, las que fueron analizadas por grupos de trabajo que formularon conclusiones y recomendaciones, publicadas posteriormente en una magnífica "Memoria".

En la actualidad la comisión ha elaborado un subprograma para cada una de las 5 Subregiones del Continente, con ello, la Conferencia atiende uno de los anhelos más sentidos: **establecer en las Instituciones de Seguridad Social, el sistema de Calidad Total en la Atención Médica.** Los Coordinadores Subregionales implantarán, por su parte, mecanismos de seguimiento y evaluación para llevar este propósito a hechos concretos.

Señoras y Señores:

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha logrado un alto nivel de excelencia que se reconoce internacionalmente a través de los destacados médicos que en él se han formado, mediante la constante investigación y el desarrollo de procedimientos quirúrgicos y terapéuticos avanzados. Recientemente el licenciado Genaro Borrego aludió al IMSS como precursor de la solidaridad. Este es el espíritu con que se realiza esta reunión: **compartir los avances de una ciencia tan dinámica como la medicina con las Instituciones de Seguridad Social Americanas y, a su vez, recibir el acervo de conocimientos que en ellas se alcanzan, para promover, todos, esa calidad total que demandan los derechohabientes de nuestros pueblos.**



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA POLITICA SOCIAL
DEL ESTADO MEXICANO**

**LIC. GENARO BORREGO ESTRADA
DIRECTOR GENERAL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

2 DE AGOSTO DE 1993.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA POLITICA DEL ESTADO MEXICANO

Señores y Señoras:

Deseo externar a ustedes mi agrado al participar en esta Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social y sobre todo por la valiosa oportunidad que representa el poder dirigirme a los expertos en salud que en esta fecha realizan una más de sus reuniones de trabajo, la cual sin duda alguna, culminará en recomendaciones para la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Para abordar los aspectos de la política social del Estado Mexicano, tomaré como referencia su contexto histórico y conceptual, su problemática y los retos para el futuro de nuestras instituciones.

I. ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL: CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.

El establecimiento de los seguros sociales son el resultado de la intervención del Estado para garantizar su obligatoriedad. La estructura social de tales instituciones es parte de la política Gubernamental para proteger al trabajador contra contingencias tales como enfermedades, riesgos en el trabajo, invalidez, vejez y otras eventualidades que ponen en riesgos la salud y la economía del asegurado y sus dependientes ya que en forma individual no podrían cubrirse con su ingreso ordinario.

Los antecedentes formales de la seguridad social se remontan al medioevo, cuando los gremios manufactureros instituyeron los seguros primitivos, las cofradías, los montepíos y las cajas de ahorro con la finalidad de satisfacer necesidades básicas individuales. Años más tarde, la revolución industrial convierte la fuerza de trabajo en un insumo más de la producción sin promover un mínimo de seguridad y bienestar para sus trabajadores.

Hace justamente 110 años en Alemania, el Canciller Otto Von Bismarck, favorece la creación de la Ley del Seguro Obligatorio, que inicialmente cubría sólo la enfermedad, a la que paulatinamente se fueron incorporando los seguros de accidente, invalidez y muerte, así como el de cesantía en edad avanzada, completándose 60 años después, con el seguro familiar.

A partir de este antecedente y tras varias décadas nacen distintos modelos de seguridad social en varios países del mundo, como una política concebida e instrumentada por sus gobiernos, incluyendo al modelo mexicano.

Para hablar de la seguridad social mexicana, es preciso recorrer los diferentes capítulos de la historia que permitieron el desarrollo de la protección social del trabajador. Los preceptos de la Revolución Mexicana de 1910 dieron origen a una Legislación para limitar la explotación de los trabajadores en cualquier actividad laboral.

En 1916 el entonces Presidente de la República, Don Venustiano Carranza afirma: "La Seguridad de los obreros está dada por la responsabilidad de los empresarios, en los casos de accidente y por lo seguros en casos de vejez".

Al emitirse la Constitución de 1917, la fracción XIV del artículo 123, afirma: "Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores sufrida con motivo o en ejercicio de la profesión. Por tanto, los patrones deberán pagar la indemnización temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate el trabajo por un intermediario".

Más tarde, el 9 de diciembre de 1921 se publica en el Diario Oficial de la Federación, la Ley del Seguro Obrero bajo la presidencia del General Alvaro Obregón, cuyo funcionamiento fue limitado.

En 1926, bajo el gobierno del General Plutarco Elías Calles, se emite la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro para funcionarios y empleados del Gobierno Federal.

El proceso continua y en 1931, siendo presidente Pascual Ortiz Rubio, se expide la Ley Federal del Trabajo, con la indicación de que en 1932 se debería expedir la Ley del Seguro Social Obligatoria, proyecto que se frustró por la renuncia del propio presidente.

El General Lázaro Cárdenas en 1934, decreta la creación de la Secretaría de Asistencia Pública con la responsabilidad de prestar atención médico-social a toda la población.

Después de este largo camino, no fue sino hasta el 23 de diciembre de 1942, bajo la administración del Presidente Manuel Avila Camacho, que la Cámara de Diputados aprueba el proyecto de Ley del Seguro Social y el 19 de enero de 1943 ya sancionada por la Cámara de Senadores, dicha Ley aparece en el Diario Oficial de la Federación.

II. LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA, SU EVOLUCION Y EL PAPEL DEL ESTADO.

La operación de la atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social se inicia el 1º de enero de 1944. Al principio, no se contaba con instalaciones propias para producir y prestar servicios, sin embargo, se garantizó su disponibilidad a través de mecanismos de subrogación.

Aunque la Ley inicial permitía la ampliación de la Seguridad Social al medio rural, es hasta 1954 que se inicia la atención a grupos rurales, bajo los llamados esquemas modificados. Es así como los productores de azúcar, tabaco y más tarde los grupos productores de cera de candelilla, ixtle y los del Fideicomiso de la palma y del henequén son incorporados bajo modalidades especiales.

En la década de los años sesenta, sobresale el gran desarrollo de la infraestructura hospitalaria del IMSS, sus centros de seguridad social, el Centro Vacacional de Oaxtepec y los teatros.

En la década de los años setenta, se aplica un programa social dedicado a trabajadores agrícolas sin capacidad de cotización y quienes pagarían por servicios de asistencia médica, farmacia y hospitalización con jornadas de trabajo dedicadas a la infraestructura sanitaria de sus propias comunidades. Actualmente, se opera el Programa IMSS-Solidaridad bajo la responsabilidad financiera de la Secretaría de Desarrollo Social protegiendo a cerca de 11 millones de compatriotas.

A lo largo de este camino se constata que el IMSS es expresión de un sistema de protección que da a los derechos de los mexicanos seguridades amplias para ellos y sus familias, a la altura de los anhelos de nuestra Revolución; por eso, es reivindicación obrera y proyecto de un Estado comprometido con la justicia social. En los momentos actuales, el Instituto, lejos de abandonar sus funciones, amplía su cobertura e incorpora a sus beneficios a miles de campesinos y comunidades rurales en todo el territorio nacional.

III. SITUACION ACTUAL: LOGROS Y DEFICIENCIAS.

Podemos afirmar que México cuenta con un avanzado sistema, que se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de su política social, por su capacidad redistributiva del ingreso a través de prestaciones que cubren riesgos de trabajo, enfermedad general, maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte además de otras prestaciones sociales.

Los mexicanos de hoy difícilmente podemos imaginar una sociedad sin acceso a la protección que otorgan las instituciones de seguridad social como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la seguridad social estatal presente en algunas entidades federativas, los servicios de Petróleos Mexicanos y el Instituto que se responsabiliza de cubrir a los miembros de las fuerzas armadas.

Actualmente, la población amparada por estos servicios asciende aproximadamente a 50 millones de derechohabientes, lo que representa un 60% de los habitantes del país.

Esta cifra aunada a los 11 millones de personas protegidas actualmente por los servicios del Programa IMSS-Solidaridad, hacen que alrededor del 70% de la población esté cubierta en cuanto a atención médica.

Actualmente, el Sistema de Seguridad Social de México conjunta 6,471 unidades médicas, 39,586 camas censables, 20,736 consultorios, 1,279 quirófanos, otro tanto de gabinetes de radio diagnóstico y 630 laboratorios clínicos.

Toda la infraestructura labora cotidianamente. Tan sólo para 1990, se otorgaron alrededor de 100 millones de consultas, 2.2 millones de egresos hospitalarios, se realizaron 1.3 millones de intervenciones quirúrgicas y se atendieron al 34% de los nacimientos del país, por dar algunos ejemplos.

Es posible prever que la cobertura seguirá ampliándose en los próximos años y que en este sentido las tasas de crecimiento económico con justicia social, determinarán el ritmo con el que se podrá avanzar. México se transforma paulatinamente y una más de sus múltiples expresiones en este proceso está en íntima correspondencia con las que se dan en otras latitudes, condicionadas por la emergencia de nuevos bloques, la apertura de las economías, la transformación y adecuación de sistemas políticos y sociales, entre otras.

Los sistemas de atención a la salud dentro de la seguridad social no son ajenos a estos cambios, por el contrario, son sensibles y dependientes de los mismos por lo que deben llevar a nuestras instituciones a la revisión constante de sus programas. Es preciso tomar en cuenta que en lo que va del siglo, México al igual que el mundo entero, modificó el tamaño y estructura de su población, producto de los efectos del control sanitario y las medidas de salud pública. Actualmente, existe un descenso paulatino de la mortalidad y un incremento significativo en la esperanza de vida.

Lo anterior ha propiciado que la población en el país llegara casi a duplicarse en las dos últimas décadas resaltando el hecho de que el 50% de la población total son menores de 20 años. Las acciones de planificación familiar, emprendidas por nuestras instituciones, inciden en la fecundidad y con ello se frena la velocidad de crecimiento. El balance final se traduce en más población que demanda satisfactores básicos como vivienda, educación y atención a la salud; así como la necesidad creciente de empleo.

El proceso de urbanización de las últimas décadas, propiciado por el éxodo rural-urbano, principalmente de las familias jóvenes, ha traído como consecuencia que más de las dos terceras partes de la población radique en zonas urbanas. El otro segmento de la población lo constituyen las 155 mil localidades con menos de 2,500 habitantes. Lo anterior determina la importancia de configurar estrategias que atiendan las necesidades generales de la población y particularmente en salud.

Para 1990, los países en desarrollo como el nuestro reportaron una tasa de mortalidad infantil seis veces mayor a la de Estados Unidos y Canadá. Esto implica un rezago importante que debe obligarnos a mejorar los programas de salud reproductiva e infantil, lograr un control adecuado de la fecundidad y abatimiento de las enfermedades infecto contagiosas y la desnutrición.

En la actualidad, la posibilidad de sobrevivir al nacimiento es considerablemente mayor que al principio de siglo, habiéndose logrado una notable mejoría en la esperanza de vida en las entidades federativas más ricas de nuestro país en donde se ha llegado a 71 años de edad.

Este incremento, por un lado muy positivo, incide negativamente como una carga en las instituciones de seguridad social, ya que las enfermedades que afectan a la población de edad avanzada: las cardiopatías, los tumores malignos, las afecciones cerebro vasculares, la diabetes y la hipertensión reclaman atención especializada con recursos humanos y tecnología costosa.

Insuficientes ingresos y altos costos de producción y prestación de servicios han sido grandes problemas en nuestras instituciones que requieren ser abordados con firmeza para cubrir los gastos de la atención médica, las pensiones y las incapacidades.

Además, existen otros problemas de salud, cuya etiología está determinada por las condiciones socioeconómicas, de las que sólo deseo señalar los accidentes y las violencias que afectan a la población en edad productiva; las adicciones en la población joven y aquellas que creíamos controladas, como la tuberculosis o el cólera y la emergencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida de tan difícil control.

Es urgente reconocer frente al cambio que hoy se vive, lo importante en la oportuna y eficaz atención de nuestros servicios administrativos y médicos. No debemos dejar de comprender que la atención a la salud es un servicio vulnerable y que frente a una salud quebrantada no existe una garantía absoluta de satisfacción; sin embargo, frente a tradicionales y nuevos problemas de diferente naturaleza, las instituciones deben reforzar sus acciones para garantizar un mejor acceso a servicios de la mejor calidad posible, a través de mecanismos más eficientes de producción.

En un contexto más amplio y de gran actualidad, la seguridad social mexicana no puede ni debe ignorar los efectos de la política económica internacional.

Las prioridades de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y México en materia de Seguridad Social no son, ni tendrán porque ser iguales. Las diferencias existentes obedecen a razones históricas, económicas y sociales. Por Ley, el Seguro Social Canadiense garantiza a la totalidad de su población la cobertura de los servicios médicos y prácticamente todos sus hospitales son públicos. El financiamiento se da a través de fondos públicos provinciales y federales, con un gasto equivalente al 8.6% de su Producto Interno Bruto. En los Estados Unidos, el seguro social es esencialmente privado, si bien existen dos seguros públicos selectivos: uno para poblaciones mayores de 65 años de edad y otra para indigentes y madres solteras; cabe hacer notar que su gasto en salud es muy alto comparado con el de Canadá y México, representando 14% de su Producto Interno Bruto.

IV. RETOS PARA EL FUTURO.

En el desarrollo de esta exposición, queda plasmada la incuestionable labor de la Seguridad Social Mexicana, en especial la del propio Instituto Mexicano del Seguro Social con sus cincuenta años de trabajo cotidiano. Ahora que iniciamos otra etapa, hemos adquirido una gran responsabilidad como resultado de los nuevos y más complejos escenarios que afronta nuestro país.

Los cambios demográficos, políticos, sociales y aquellos resultantes de la globalización económica requieren que necesariamente nos planteemos nuevos contenidos de Seguridad Social para responder de una manera eficiente y eficaz a los retos de la vida moderna y a las necesidades y demandas de nuestra población.

La Seguridad Social Mexicana en la modernidad deberá incluir, los siguientes elementos:

1. Redefinición de contenidos en los paquetes de prestaciones basados en la disponibilidad de pago de sus contribuyentes.
2. Reestructuración de los sistemas de financiamiento con base en nuevos esquemas actuariales.
3. Analizar inclusión de sistemas alternativos de financiamiento como complemento a los esquemas prevalecientes.
4. Reconfiguración orgánica y funcional de sus procesos de producción y prestación de servicios.

Finalmente, me gustaría decir que la Organización de la Naciones Unidas, en la declaración de los Derechos Humanos en su artículo XXV señala: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure a él y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". En nuestro país el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 del actual gobierno señala como prioridad la atención de las zonas marginadas en las cuales los enunciados de la ONU no se han alcanzado.

Hoy, un futuro incierto en lo internacional; nos crea condiciones adversas en lo interno; sin embargo, estamos convencidos de que el Estado moderno seguirá fijando como objetivo fundamental el bienestar popular: por ello, en el Instituto nos comprometemos a seguir trabajando bajo un enfoque integrador, consciente y responsable, que eleve el nivel de vida de los trabajadores, sobre todo, de los que menos tienen.

Muchas Gracias.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

SALUD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

**LIC. PABLO SERRANO CALVO
COMISION ECONOMICA PARA
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) EN MEXICO**

2 DE AGOSTO DE 1993.

SALUD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

1. INTRODUCCION: VINCULACION SALUD-DESARROLLO ECONOMICO.

Resulta particularmente pertinente referirse al tema del desarrollo económico, por mucho que pudiera parecer general, en un foro como este, principalmente dedicado al sector salud. La estrecha vinculación e interdependencia de los fenómenos económicos y sociales y la necesidad de promover un verdadero desarrollo integral lo justifican plenamente.

No puede hablarse de desarrollo económico sin referirse a las variables sociales y, entre ellas, las relativas a la salud, de la misma manera que no puede concebirse un desarrollo del sector salud sin vincularlo a los demás sectores sociales y al desarrollo económico.

En este contexto, la propuesta de la CEPAL para que los países de América Latina y el Caribe puedan superar en los años noventa los costos económicos y sociales del decenio anterior ha sido la llamada Transformación Productiva con Equidad, que se sustenta en tres ejes centrales: la difusión del progreso técnico, la creación de empleo productivo y la inversión en recursos humanos.

Esta es una estrategia que entraña un enfoque integrado de la política económica y social, de forma tal que la primera cumpla objetivos sociales, por sus efectos en la distribución del ingreso, mientras que la segunda, es decir la política social, tenga a su vez incidencias económicas mediante la inversión en capital humano, el que contribuirá a aumentar la producción y elevar la productividad. Se mejorará así la capacidad competitiva de las economías de la región, condición necesaria para acceder a los mercados internacionales. La acumulación de capital humano resulta un requisito indispensable para cumplir con los objetivos de crecimiento y equidad, por ser uno de los elementos más eficaces para atacar las causas de transmisión intergeneracional de la pobreza.

2. LOS EFECTOS DE LA "DECADA PERDIDA".

Antes de ahondar con más detalle en las implicaciones de esta propuesta de la CEPAL, es conveniente recordar sucintamente los efectos económicos y sociales más negativos de la llamada "década perdida". Deben también tenerse presentes las dolorosas enseñanzas de ese periodo, que ponen de manifiesto la necesidad ineludible de integrar las variables sociales en la estrategia de desarrollo, la que debe incluir también aspectos ecológicos, como condición de un desarrollo sustentable.

Unos pocos datos bastan para ilustrar la severidad del retroceso sufrido entre 1980 y 1990: el producto interno por habitante de la región se contrajo casi 10%. La deuda externa se duplicó y su servicio determinó una transferencia neta de recursos al exterior de alrededor de 30,000 millones de dólares anuales, a lo largo del segundo quinquenio de los ochenta, sin contar las pérdidas acaecidas por efecto de los desfavorables términos del intercambio. La inflación promedio de la región se elevó sostenidamente durante el decenio, pasando de un 50% anual en 1980 hasta llegar a alcanzar casi el 1,200% en 1990, pese a las políticas de estabilización y de ajuste estructural que se aplicaron. Los salarios reales, salvo raras excepciones, redujeron a la mitad su poder adquisitivo, e incluso en algunos casos a la cuarta parte. El desempleo abierto se agravó sensiblemente y la expansión del subempleo y del sector informal de las economías fue fiel reflejo de la intensidad de la crisis. En 1990, la incidencia de la pobreza afectaba a 46% de la población --200 millones de habitantes--, de los cuales casi la mitad se encontraba en condiciones de indigencia, es decir sin generar ingresos suficientes para obtener una alimentación básica. Esos porcentajes habían podido disminuirse a 41% y 19%, respectivamente, en 1980, gracias a los prolongados períodos de crecimiento económico sostenido de los decenios anteriores.

Los años noventa se iniciaron así con impresionantes rezagos sociales. Aún cuando la mayoría de nuestras sociedades se encuentran en plena transición hacia tasas de fecundidad más bajas, se requiere crear empleos productivos para las cohortes nacidas en los años de más alta natalidad, que son las que se están incorporando a la fuerza de trabajo en este decenio. Por su parte, la estructura ocupacional muestra enormes disparidades de productividad e ingresos, lo que incide en la muy desigual distribución del mismo y en la magnitud de la pobreza y de la indigencia. El costo social del ajuste tuvo muchas manifestaciones, tales como el descenso de la capacidad adquisitiva de importantes segmentos de la población, un mayor desempleo, una expansión del empleo en sectores informales de menor productividad, el deterioro de la prestación de servicios sociales y, en general, un agravamiento de la desigualdad. Pese al dramático deterioro comentado, algunos de los indicadores sociales y demográficos no registraron retrocesos equivalentes y aún mejoraron, entre otras razones, por ser menos sensibles a la coyuntura, por haber madurado inversiones y políticas instrumentadas en el pasado y por haberse adoptado políticas compensatorias de urgencia. Así, la mortalidad infantil siguió disminuyendo, la esperanza de vida al nacer continuó aumentando y el analfabetismo siguió combatiéndose con campañas que lograron mayores tasas de escolaridad. Destaca esta mejora relativa en condiciones de reducciones

más o menos generalizadas del gasto social, tanto por razones de ajuste presupuestal, como más recientemente, por las políticas de redimensionamiento del sector público, instrumentadas en prácticamente todos los países.

Sin embargo, los promedios nacionales esconden crecientes disparidades regionales de un mismo país y entre los distintos estratos de ingresos y se tienen evidencias de retrocesos sociales importantes que afectaron a los grupos poblacionales más vulnerables.

Los rezagos sociales señalados afectan el porvenir de la región, no sólo porque amenazan la posibilidad de lograr una cohesión social --necesaria para consolidar los procesos democráticos alcanzados en los últimos años--, sino también porque inciden en la viabilidad de una reactivación económica sostenible. Recordemos que en el pasado la región había logrado una sustancial expansión económica, sin avances comparables en el dominio de la equidad. Experiencias observadas en otras partes del mundo muestran que es posible combinar crecimiento económico con una mayor equidad; podríamos decir que esto no es solamente posible sino indispensable para que este proceso se consolide y se mantenga.

3. EL MARCO CONCEPTUAL DEL DESARROLLO ECONOMICO DE AMERICA LATINA EN LOS NOVENTA.

La situación y perspectivas de las economías de la región al concluir la década de los ochenta, que hemos descrito sintéticamente, llevó a la CEPAL a identificar, como tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa, el avanzar simultáneamente en la transformación productiva y en la equidad, desarrollando para ello una propuesta a sus gobiernos miembros que tiene, como ideas centrales, las siguientes:

La transformación productiva es indispensable para vencer la pobreza y mejorar los niveles de equidad. Entendemos por "transformación productiva" una expansión económica sustentada en la incorporación deliberada y sistemática del progreso técnico; o sea, lograr aumentos sostenidos de la productividad. Sin crecimiento no se generarán los puestos de trabajo para atacar frontalmente el problema de la pobreza. Pero no es sólo el crecimiento el que interesa; es el tipo de crecimiento: un crecimiento que sea cada vez más competitivo en los mercados internacionales, que asegure la sostenibilidad del proceso y que promueva también el reparto de sus frutos entre los distintos estratos de la población.

Transitar por la senda de la transformación productiva plantea múltiples requisitos y exige avanzar de manera simultánea en cumplirlos. En nuestra propuesta se habla del "carácter sistémico" de la competitividad, en el que la empresa constituye un elemento crucial, pero está integrada a una red de vinculaciones con el sistema educativo, el de salud, la infraestructura tecnológica, energética y de transportes, las relaciones entre empleados y empleadores, el aparato institucional público y privado y el sistema financiero. Cualquier falla de una de las partes del sistema, repercutirá en las demás, obstaculizando así el alcanzar la anhelada competitividad internacional.

La transformación productiva con equidad no puede ser simplemente la resultante de crear un clima macroeconómico apropiado y estable. Una gestión macroeconómica coherente y sostenida es fundamental, pero no basta: debe combinarse con políticas sectoriales que incentiven la incorporación de progreso técnico al proceso productivo. Habrán de integrarse también las políticas de corto y de largo plazo. Se requerirán, además, cambios institucionales de la más diversa índole, sobre todo para mejorar la capacidad de gestión empresarial tanto en la actividad pública como en la privada, sea en empresas grandes, medianas o pequeñas.

Hablar de este tema no es una posición teórica, pues no es sostenible un proceso de modernización sin cohesión social, la cual a su vez requiere de una mayor equidad. Se puede aspirar al mismo tiempo a una mayor equidad con crecimiento económico, lo cual a la vez requiere de una transformación productiva. Por lo tanto, la CEPAL postula, como se mencionó, que es posible avanzar simultáneamente en ambos campos; aún más, sostiene que los dos objetivos se refuerzan mutuamente. Se insiste en la complementariedad entre las políticas orientadas hacia una mayor eficiencia y un mayor crecimiento y aquellas que tienen como meta elevar el bienestar y distribuir el ingreso. Esta aseveración pretende superar la conocida posición de contraponer las políticas tendientes a lograr ambos objetivos. Las políticas que pueden cumplir a la vez con ambos son numerosas. Entre ellas, pueden mencionarse: las de difusión tecnológica, --especialmente en el agro y en la empresa pequeña y mediana--, el incremento del ahorro, la inversión en recursos humanos y la descentralización.

En ese mismo orden de ideas puede decirse que crecimiento y equidad son producto tanto de la política económica como de la social. Hay que superar la idea de que la política económica ha de tener por finalidad el crecimiento, en tanto que a la política social le corresponde centrarse en el problema de la distribución. Ni una ni otra son neutras en términos distributivos y ambas influyen sobre la capaci-

dad de crecer. Es por eso que se plantea un enfoque integrado, en el que la política pública en su conjunto apoya a la vez a la transformación productiva y la equidad.

El planteamiento otorga especial importancia a la integración latinoamericana y caribeña y a la cooperación intrarregional, en cuanto ambas contribuyen de manera vital al afianzamiento del proceso de transformación productiva.

Las acciones concretas en este ámbito deben estar orientadas a lograr que, así como la integración fue funcional hace treinta años a la industrialización sustitutiva de importaciones, hoy lo sea para ganar competitividad internacional.

Una de las premisas implícitas en la propuesta es que la formulación y aplicación de estrategias y políticas económicas se de en un contexto democrático y participativo. Sobra afirmar que los regímenes políticos democráticos favorecen la transformación productiva con equidad. Debe reiterarse la necesidad de un conjunto mínimo de acuerdos entre los diversos sectores de la sociedad respecto del contenido, alcance y secuencia de las políticas a aplicar, lo cual retroalimenta, a su vez, la necesidad de una mayor igualdad.

Los conflictos sociales deben mantenerse dentro de límites que el sistema democrático pueda manejar. Por ello, los sectores más rezagados deben contar con instancias para hacer presentes sus demandas a las instituciones ya establecidas y asimismo se debe procurar que las instancias de la negociación partan de la misma base social y resuelvan gran parte de las diferencias más cerca del momento y lugar en que ellas se manifiesten, a fin de evitar la acumulación de conflictos en los sistemas macrosociales. Al decir esto, se tienen que considerar temas como la participación, la desconcentración y la descentralización de los sistemas de gobierno, así como el carácter pluralista y participativo de los regímenes políticos.

Por último, se postula redefinir el estilo de la intervención estatal, modernizando su capacidad para asumir en forma eficiente las funciones que le correspondan. Sostener que conviene concentrar las acciones del Estado en el fortalecimiento de una competitividad basada en la incorporación de progreso técnico y en la evolución hacia niveles razonables de equidad, no implica pronunciarse sobre la dimensión mayor o menor que deba tener el sector público, sino solamente indicar la necesidad de asegurar que la actividad estatal aumente su impacto positivo para incrementar la eficiencia del sistema económico en su conjunto.

En suma, la CEPAL ofrece un marco analítico que integra progreso técnico, competitividad internacional y equidad y explora las dimensiones más específicas de esta última de un modo integrado y funcional con respecto al desarrollo acelerado. La principal conclusión de nuestro análisis es que el crecimiento con equidad no sólo es deseable, sino también posible. Las experiencias realizadas en los últimos tiempos en los países de la región comienzan a dar indicios de que este enfoque es aplicable en la práctica.

La necesidad de tratar los rezagos sociales como parte integral del desarrollo y no como un fenómeno que se puede mitigar o resolver con enfoques parciales, ofrece una posibilidad de que el desarrollo latinoamericano y caribeño en esta nueva etapa de su historia adquiera simultáneamente competitividad internacional, como elemento dinamizador de las economías y mayor equidad, en beneficio de toda la población de la región, contribuyendo así al debate que deberá acompañar la toma de conciencia sobre las modalidades para lograr estos objetivos, siempre teniendo en cuenta que el fin último del desarrollo es el hombre.

4. SALUD Y EQUIDAD.

En la segunda parte de mi exposición quisiera referirme brevemente, siguiendo con la preocupación sobre la equidad, al tema central que nos reúne hoy día: la salud y la seguridad y su vinculación con el desarrollo económico y social.

El problema de la inequidad alcanza quizá su manifestación más extrema en el campo de la salud, pues entraña una injusta distribución del derecho a la vida. Esto se manifiesta, por ejemplo, en que una altísima proporción de la mortalidad infantil se concentra en los sectores más pobres y ocurre todavía por causas evitables. A su vez la expectativa de vida al nacer se encuentra también segmentada por estratos sociales o espaciales, reflejo de esta forma extrema de inequidad.

Desde la posguerra --e incluso en los años ochenta-- se ha avanzado sustancialmente en reducir las tasas de mortalidad infantil, gracias a los adelantos tecnológicos de bajo costo --como la rehidratación oral--, el mayor acceso a centros de salud, los programas masivos de inmunizaciones y la extensión de los sistemas de agua potable y alcantarillado. A su vez, la esperanza de vida de la región aumentó, de 49 años en los años cincuenta a cerca de 65 años en la actualidad y la tasa de mortalidad infantil bajó de 100 por cada 1,000 nacidos vivos hace 30 años a sólo 60

en el presente. Con todo, la segmentación de la atención resulta considerable y se estima que en el año 2000 la mitad de la población de la región vivirá todavía en países con esperanza de vida insuficiente. Más aún, en el interior de cada país este indicador muestra desigualdades regionales de hasta 18 años y diferencias entre grupos de ingreso de casi 12 años.

Un primer reto para el sector salud de nuestros países es, pues, atacar la inequidad aguda que subsiste en distintos ámbitos. La mortalidad materna, la malnutrición infantil o el bajo peso al nacer no significan sólo las causas de un gran número de muertes evitables entre los niños pobres, sino que restringen de manera irreversible las capacidades y habilidades productivas de estos mismos niños en su vida adulta.

Otro gran desafío para el sector lo constituye el atender simultáneamente las patologías tradicionales del subdesarrollo --que incluyen también ahora el cólera-- y aquellas asociadas con el desarrollo. Estas últimas están cobrando mayor importancia como consecuencia de la transición demográfica que se opera en nuestra sociedades, así como también por la urbanización, la industrialización y el deterioro ambiental y los nuevos estilos de vida que todas estas condiciones acarrearán. Las enfermedades crónicas (como el cáncer y las cardiovasculares), los accidentes, los daños ocasionados por la violencia y más recientemente el SIDA, constituyen por el elevado costo de su tratamiento nuevas fuentes de desigualdad.

En este campo el Estado está llamado a desempeñar un papel protagónico, correspondiéndole ofrecer un mínimo de cobertura al conjunto de la población.

La oferta de la salud enfrenta problemas endémicos de fragmentación e ineficiencia que le son propios al sector estatal-social: acceso segmentado a los servicios, regresividad en los beneficios de las políticas, inercia y discontinuidad en programas de promoción social y proliferación de subsectores y fragmentación institucional, entre otros. El uso inadecuado de la tecnología, la distribución ineficiente de los recursos, el mal aprovechamiento o la escasez de personal capacitado, las estructuras burocráticas excesivamente centralizadas y la falta de coordinación sectorial restringen tanto la cobertura como la calidad de los servicios. Tal como es necesario para el sector de la salud atacar problemas endémicos de las políticas sociales, también es necesario integrar al sector salud en un criterio estratégico de política social centrado en la promoción de los recursos humanos. La promoción de la salud deberá ser vista, en estos términos no sólo como necesaria

para atender carencias básicas de la población sino también como una contribución fundamental --junto a la educación y otros servicios sociales-- al desarrollo de las capacidades productivas de las personas.

La equidad se plantea así como una justa distribución de las posibilidades para desarrollar las potencialidades físicas y mentales de la población, que se reflejará en un aumento de la productividad de los sectores más rezagados. Salud-educación-trabajo constituyen la secuencia indispensable para garantizar el desarrollo sostenido y continuo de los recursos humanos. En este proceso, como ya mencioné, el fracaso de uno de los tres eslabones implicará el fracaso del conjunto, puesto que el desarrollo del capital humano implica un ciclo completo que comienza con asegurar el desarrollo de las capacidades físicas y mentales (área de intervención de la salud), continúa con el aprovechamiento de estas capacidades para garantizar el aprendizaje y el desarrollo de facultades específicas (proceso educativo) y culmina con la mayor capacidad creativa y productiva en el trabajo (ocupación).

En este sentido, para asegurar estructuralmente la equidad es preciso aumentar el grado de igualdad de oportunidades en los primeros años de vida de las personas, pues en ese tramo se define mayoritariamente la posibilidad de desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales de cada una. La salud se entiende, en este contexto, en un sentido amplio y en estrecha interrelación con la nutrición, con la provisión de servicios de agua potable y alcantarillado y la disminución de factores psicosociales que inciden en la reproducción de la pobreza. La necesidad de integrar la salud con otros sectores se hace evidente al considerar la formación de recursos humanos. En un horizonte amplio e integral, se requeriría garantizar el abastecimiento y acceso a la alimentación, asegurar la calidad y cobertura de los servicios educativos y mejorar la prestación de servicios de salud mediante una organización adecuada del sector.

Al destacarse el papel central de la familia pobre en la reproducción de las condiciones de pobreza, es de vital importancia orientar las políticas a la salud familiar en los sectores de mayor riesgo. De ahí la importancia de un servicio eficiente de salud materno-infantil a escala comunitaria, el refuerzo de la atención básica de la salud, el establecimiento de unidades de atención primaria debidamente distribuida en barrios y el impulso de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para centrar la atención en los problemas locales y situar las variables epidemiológicas en los contextos sociales que las generan, llevando a la práctica el principio tan repetido de la descentralización.

Para optimizar la eficacia de las acciones del sector salud deben concurrir múltiples agentes. El objetivo del sistema debe integrarse al objetivo central del Estado, operando en función del tipo de desarrollo proclamado públicamente como meta nacional. En un modelo de desarrollo con equidad, el Estado procurará garantizar un piso básico de servicios para toda la población e intervenir directa o indirectamente en el control de los factores de riesgo. Pero como estas responsabilidades se entrelazan con las del desarrollo en su conjunto, otros agentes, públicos y privados tendrán que asumir responsabilidades frente a la salud. Así, sectores empresariales, religiosos, militares, político-partidarios y parlamentarios, no podrán dejar de intervenir en los debates, opinar en la adopción de políticas y asumir compromisos activos en su carácter de actores involucrados. Se requerirá, además, considerar el papel de los agentes que operan desde otras dependencias del sector público, tales como educación, vivienda, seguridad social, comunicaciones e incluso de los sectores económicos del gobierno. El papel de la seguridad social para la atención de la salud, --como veremos a continuación--, es de suma importancia y se encuentra claramente subutilizado. Por último y no por ello menos importante, corresponderá un papel cada vez más protagónico a la participación comunitaria, de larga tradición en la región.

En lo que respecta a seguridad social, existen en América Latina grandes diferencias entre países como Cuba, Brasil, Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica, que cuentan con más del 60% de cobertura, frente a otros, menos favorecidos, en que ésta no supera el 25% de la población.

La desigualdad de la cobertura se asocia a la heterogeneidad de la estructura productiva, debido a que la mayor parte de la fuerza laboral de la región está compuesta de trabajadores agrícolas, trabajadores de cuenta propia y familiares sin remuneración. Sólo unos pocos países han podido extender la cobertura más allá del sector urbano formal, ya sea por tener un sector rural moderno y sindicalizado, o por el financiamiento de esa extensión por parte del sector urbano, o del Estado mismo. Los sectores pobres, generalmente quedan fuera de estos servicios por ser desempleados, trabajadores estacionales o familiares sin remuneración.

Lograr una mayor equidad significa aquí esencialmente ampliar la cobertura, lo cual entraña, a su vez, un enorme esfuerzo financiero en situaciones en que la masa salarial de la mayoría de los países de la región se redujo dramáticamente, arrastrando a la baja las contribuciones reales, lo que significó, a su vez, que muchas instituciones de seguridad social cayeran en situaciones críticas.

En el decenio de los noventa, los gobiernos confrontan la necesidad urgente de cambiar el modelo tradicional del seguro social por sistemas equitativos y solventes, para lo cual deben construir el consenso nacional necesario, basado en la educación ciudadana, la toma de conciencia del problema y el sacrificio compartido.

La estructura del conjunto de las diferentes formas de los sistemas de seguridad social existentes --privados, públicos y formas mixtas-- responde en gran medida a la distribución del ingreso en las distintas sociedades. Sería menester reformar dicho conjunto de subsistemas, con la orientación más equitativa que la rectoría del Estado puede imprimir. Las propuestas de privatización difícilmente solucionarían el problema de la universalización de la cobertura, pues, por las razones expuestas, realizarlas en sociedades de nivel de desarrollo insuficiente, con una desigual distribución del ingreso, sólo consolidarían las disparidades existentes. La solución puede encontrarse más bien mediante formas mixtas de amplia participación ciudadana. El derecho a la vida mal distribuido demanda una "ofensiva de la salud" en la arena del debate político y del diseño de políticas. Se trata de plantear la prioridad de la salud, con un mayor grado de equidad, para lo cual se requiere aumentar el peso político del sector y su poder de negociación.

5. CONCLUSION: LA TAREA ES FACTIBLE.

La tarea de lograr simultáneamente la transformación productiva y la equidad en un contexto de sustentabilidad ambiental es muchísimo más compleja que la de buscar uno solo de esos objetivos, sacrificando u olvidando los demás. Sin embargo, las sociedades modernas valoran cada vez más el conjunto de ellos, de manera que los rezagos en cualquiera de los tres implican niveles más bajos de bienestar. Esa misma valoración social convierte en insostenibles aquellos procesos que dejan atrás algunos de los objetivos; tales procesos conducen a tensiones sociales, a la violencia y a la reversión de los pocos avances que pudieran haberse logrado en relación con alguno de ellos.

Por eso, explorar las políticas que puedan conducir al logro simultáneo de los objetivos económicos y sociales en un marco de libertad, se convierte en una tarea de la más alta prioridad en la que se han comprometido de manera conjunta la CEPAL y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) para completar una propuesta de Transformación Productiva con Equidad y Salud para América Latina y el Caribe en el próximo año.

El resultado de esta exploración es prometedor: parece factible alcanzar gradualmente los objetivos propuestos. Existen políticas para lograrlo; existe un marco conceptual contra el cual contrastar las acciones concretas y sus resultados. La crisis de los años ochenta, con todo su efecto negativo, fue también un estímulo para dar pasos difíciles que permitan afianzar las bases económicas, sociales e institucionales del progreso futuro de nuestros países.

BIBLIOGRAFIA

- CEPAL. Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. (LC/G. 1601-P), marzo de 1990.
- CEPAL. El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. (LC/G. 1648/Rev. 2-8), mayo de 1991.
- CEPAL. Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado. (LC/G. 1701 (SES.24/3) y Corrg. 1), abril de 1992.
- CEPAL-CELADE. Población, equidad y transformación productiva. (LC/G. 1758 (Conf. 83/3) - LC/DEM/G. 131), marzo de 1993.
- CEPAL. Nota sobre el desarrollo social en América Latina. LC/G. 1665/Rev. 1. Primera Cumbre Iberoamericana, julio de 1991.
- CEPAL. Las dimensiones sociales de la transformación productiva con equidad. LC/R. 1090, febrero de 1992.
- CEPAL. El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años noventa. LC/L. 716 (Conf. 82/6), noviembre de 1992.
- Gert Rosenthal. Exposición en ocasión de la Conferencia Internacional sobre Desarrollo Social, Democracia y Crecimiento Económico. La Paz, Bolivia, noviembre de 1992.
- Gert Rosenthal. Esquema de desarrollo acelerado: oportunidades y amenazas en el sector social. Exposición para el V Congreso Industrial Centroamericano. Guatemala, abril de 1993.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LOS ANCIANOS JUBILADOS

**DR. MANUEL BARQUIN CALDERON
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

2 DE AGOSTO DE 1993.

EL MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LOS ANCIANOS JUBILADOS

Introducción:

Desde el alba de la humanidad al presenciar el fenómeno de la muerte, el hombre primitivo tuvo conciencia de lo evanescente de la vida; posteriormente la revolución urbana que se sitúa entre el período paleolítico y el neolítico, con el cultivo de la tierra, el hombre se hizo sedentario; la domesticación de los animales proporcionó alimentos blandos para los viejos desdentados y fue así como los ancianos no tuvieron que ser abandonados por los pueblos errantes, es más se les consideró valiosos asesores y fue así como el viejo hace su aparición en la historia de la humanidad, de esta fecha en adelante se ha observado cada vez con mayor atención la decadencia física a medida que transcurre el tiempo y finalmente se ha tratado de conservar la salud aún a edades avanzadas; ya que no es posible evitar el desenlace final, pero esperararlo en las mejores condiciones de salud y capacidad física e intelectual ha sido el objetivo gerontológico por excelencia.

En la actualidad, la calidad de vida es paralela al nivel de salud y el contar con un apoyo económico como una pensión reviste cada vez, mayor importancia.

Sin embargo hay que tener en cuenta una docena de problemas sociales que afectan hoy a todo el mundo para justificar lo que afirmamos: degradación del ambiente ecológico de la vida; competencia económica entre los países que llevan a las crisis económicas y a las guerras; militarismo y dictaduras opresivas; desempleo, ansiedad, tensión social; morbilidad en aumento y en diversificación; breve vida media, envejecimiento prematuro y corta vida; contaminaciones diversas; problemas sociales y desigualdades sociales y económicas con repercusión psicosocial y aumento de las enfermedades de los trastornos mentales y de la violencia urbana; jubilación prematura de los adultos activos con exclusión social; sistemas educativos, arcaicos y elitistas; alta concentración económica en pocas manos y aumento de las desigualdades e injusticias sociales cada vez más profundas, etcétera. Esto invita a meditar en el bienestar y en la felicidad.

Algunos pensadores ligan el concepto de satisfacción a los valores humanos, es decir. el contenido de la satisfacción está ligado al valor que cada cual concede a las cosas de la vida.

En esta forma la satisfacción es considerada como una concordancia entre lo que se es realmente y el modelo o imagen que tenemos de lo que debe ser; la falta de concordancia entre estos modelos, produce la insatisfacción, que hace infeliz al ser humano y le acorta la vida.

En la actualidad en todas las sociedades humanas modernas, se producen desigualdades sociales y económicas que impiden el logro de una calidad de vida aceptable para todos.

En suma, el bienestar y la felicidad se fundan en valores, en hechos objetivos y en subjetividad. En todo caso, los dos estados son situaciones dinámicas, variables, transitorias, originadas en las estructuras y en la dinámica de las sociedades y en las relaciones psicosociales y psicoculturales.

En términos generales se puede afirmar que al hombre lo vulneran tantos riesgos para su vida que se traducen en enfermedades, muertes prematuras, invalideces, envejecimiento prematuro y rápido, en fin, su vida se acorta y no corresponde a la duración potencial genética del individuo de la especie Homo Sapiens.

Lo que más caracteriza al sistema de la vida es un proceso de desgaste progresivo y de envejecimiento paulatino desde el periodo de la madurez del desarrollo, que puede ser más o menos rápido en relación a la entropía de su sistema biológico y las condiciones del medio externo; ecológico y social en donde vive el ser humano.

De aquí que el envejecimiento natural para cada especie viva, parece estar ligado al nivel de complejidad orgánica de la especie y a la calidad del ambiente de vida en relación a las posibilidades, mayores o menores, de funcionamiento de su sistema biológico y desde luego este proceso está inscrito en el código genético de la especie, en relación con el grado de complejidad orgánica de cada especie.

Por supuesto que este código genético no indica el momento en que se producirá el envejecimiento, ni tampoco el momento de la muerte, porque esto depende de factores sociales. La vida en el hombre debe concebirse como un sistema termodinámico abierto en desequilibrio permanente, o en riesgo de desequilibrio constante, sobre todo debido al cambio del ambiente natural y del ambiente social: entorno esencialmente variable, permanentemente sujeto a cambio, lo cual aumenta la probabilidad de riesgo para la vida, riesgos de naturaleza física, química, biológica, social, psíquica, psicosocial, psicocultural.

Desde luego que hay contradicciones entre la vida y el ambiente social del hombre. Consecuencias de esta falta de adaptación ecológica, como son: la alta morbilidad, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, aunque su estructura sea diferente, que consume recursos médicos que se necesitan mantener y aumentar constantemente; el envejecimiento prematuro del individuo influenciado por la mala calidad de la vida social; por enfermedades y accidentes; abrevia la vida de los individuos en relación a las posibilidades de alcanzar una mayor edad.

Hay que admitir que aún cuando el envejecimiento del organismo proyecta un proceso natural, igual que la muerte; ambos fenómenos están condicionados genéticamente y, en las sociedades reviste, una forma precoz y acelerada, lo que limita la edad adulta activa y favorece la muerte prematura, aún cuando la longevidad individual parece ser de 100 a 120 años teóricamente, pero sólo se alcanza en muy pocos o sea sólo 0.5% pasan de los 100 años.

El origen de esta situación puede ser la mala calidad de la vida social. Las sociedades humanas, aún en las más desarrolladas, se observa para la mayoría de la población humana una insatisfacción, acumulación progresiva de riesgos biológicos, sociales y psicosociales, que introducen el desorden en el sistema íntimo de la vida, lo cual se expresa en la morbilidad, en invalideces y en muertes prematuras.

El hombre podría prolongar su vida, cuando existieran sistemas de producción que no produjeran los riesgos que actualmente se observan, a mayor abundamiento no se trata sólo de evitar los riesgos, sino de recuperar a los individuos de los daños ya producidos, para permitir a la población que viva sana y que cada individuo, alcance su máxima duración vital, todo lo cual requiere la protección de un entorno económico adecuado.

Marco Conceptual:

Desde el año de 1987 en la Alemania de Bismarck, se sentaron las bases de un sistema oficial destinado a proteger a la población de edad avanzada, que en épocas anteriores había estado abandonada, atendida a sus propios recursos, o bien dependiendo de sus familiares. Por esto muchas veces los matrimonios procuraban procrear un número crecido de hijos, de tal manera que en el ocaso de la vida, este grupo numeroso de descendientes pudiera sostener económicamente a sus progenitores, lo que significaba una carga pesada; repartiendo proporcionalmente el gasto que representaba el cuidado de los ancianos padres. El desarrollo que han tenido las ideas "bismarckianas" ha sido de diversa índole en los países Europeos o Americanos.

Pero en todas las naciones se han encontrado tendencias similares para proteger a los ancianos a través del sistema de pensiones, cualquiera que sea la estructura socioeconómica del país; se puede decir que esta tendencia se observa en todas las naciones del orbe con excepción de China; en la que se permite a los ancianos que habiten la vivienda (propiedad del Estado) que utilizaban cuando llevaban una vida activa, además se le proporcionan prestaciones en especie (alimentos y ropa) y los servicios de atención médica, de recreación, etcétera, que requieran.

En México se inició oficialmente la protección de las personas de edad avanzada desde el año 1922 a través de la Dirección General de Pensiones (ISSSTE) y en 1943 cuando se creó el IMSS.

Desde 1966 se ha venido incrementando la proporción de habitantes urbanos, era de un 50% de la población total, ascendió a un 70% en 1990 y sin duda será del 80% en el año 2000. La disminución de la mortalidad general y sobre todo de la infantil, ha originado el aumento de la esperanza de vida de la población a más de 60 años (1980-1985) y que llegará a más de 70 años al transponer el año 2000; con el consecuente aumento de la población vieja que, en este momento es de un 3.8% en el grupo mayor de 65 años; esto se reflejará en las cifras absolutas de tal manera, que en el año 2000, es muy probable que la población de 65 y más años, alcance una cifras que oscilará entre 6 y 7 millones de mexicanos, es decir: más del 6% de la población mexicana. (Cuadro #1).

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) EN AMERICA LATINA Y
SUBREGIONES PARA 1980 - 1985 Y 1995 - 2000

Cuadro #1.

REGION	1980 - 1985	1995 - 2000	% DE AUMENTO
AMERICA LATINA	64.1	68.1	6.2
ANDINA	62.6	66.9	6.8
CONO SUR	68.4	70.9	3.7
BRASIL	63.5	67.4	6.1
AMERICA CENTRAL	62.8	69.9	10.1
MEXICO	66.0	70.1	6.2
CARIBE LATINA	68.0	71.1	4.7
CARIBE	70.4	72.6	3.1

FUENTE: NACIONES UNIDAS 1985, P. 185.

Una población creciente de personas de más de 65 años, requerirá de un gasto mayor en atención médica y ayuda para las labores de la vida diaria, se sabe que los ancianos, requieren un gasto diez veces mayor que los individuos que se encuentran en la tercera década de la vida (20 a 30 años).

Esta situación implica prever un mecanismo de protección económica y social para este grupo humano, que permita subvenir a sus necesidades más urgentes: alimentación, habitación y servicios médicos sociales.

De los resultados preliminares de la investigación denominada "MODELO ASISTENCIAL DOCENTE Y DE INVESTIGACION PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL ANCIANO", se pueden derivar una serie de datos que definen el modelo observado del grupo poblacional mayor de 60 años, sin que se afirme, en este momento, que es una versión de la realidad nacional, dado lo preliminar y localizado del estudio.

Material y Métodos:

Para conocer las condiciones económicas y sociales, en las que se encuentran las personas de edad avanzada, se diseñó una investigación que se denominó "Modelo asistencial y docente y de investigación para la atención integral del anciano" que se realizó bajo la responsabilidad de los académicos del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., cuya función operativa quedó a cargo de la Escuela de Trabajo Social de la propia Universidad. Investigación patrocinada por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la U.N.A.M., registrada con el número IN505191.

El instrumento de trabajo fue una encuesta que contiene 79 preguntas conteniendo 497 "ítems" a analizar. Encuesta aplicada a la población mayor de 60 años en la colonia "Isidro Fabela" de Tlalpan que consta de 58 manzanas, que fueron distribuidas entre 16 alumnos de la Escuela de Trabajo Social.

La colonia tiene tres avenidas principales y 23 calles transversales, más algunas cerradas, se visitaron más de 400 casas en las que se entrevistaron a otras tantas personas mayores de 60 años y cuyos datos fueron tabulados en forma preliminar para la realización de este trabajo, sin que por ningún motivo se piense que se trata de una muestra representativa del país.

Los datos económicos relativos a los ingresos de personas pensionadas y jubiladas y sus condiciones sociales y familiares, se integraron en un primer bloque y son los que se presentan, de ellas se derivan las conclusiones pertinentes que a continuación se exponen.

Resultados:

La encuesta realizada en la Colonia Isidro Fabela de la Delegación de Tlalpan en México, Distrito Federal, arrojó una serie de informes particularmente orientadores en relación a las condiciones del nivel de vida y del nivel de salud en general, de los ancianos residentes en dicha zona urbana.

Se trata de un grupo humano con un predominio franco del sexo femenino (60%) sobre el masculino (40%), en su mayor parte sexagenarios (60%) y con una escolaridad baja, pues el 31% de estos ancianos no tienen ningún tipo de educación, el 49% no terminaron la primaria y sólo el 16% lo hicieron; en diversas proporciones avanzaron hasta educación universitaria, cuya proporción es del 1%; es decir, el 69% tiene algún tipo de educación. (Cuadro 2 y Gráfica 3).

SEXO DE LOS ANCIANOS
COLONIA ISIDRO FABELA TLALPAN

CUADRO 2.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJER	239	59%
HOMBRE	165	41%

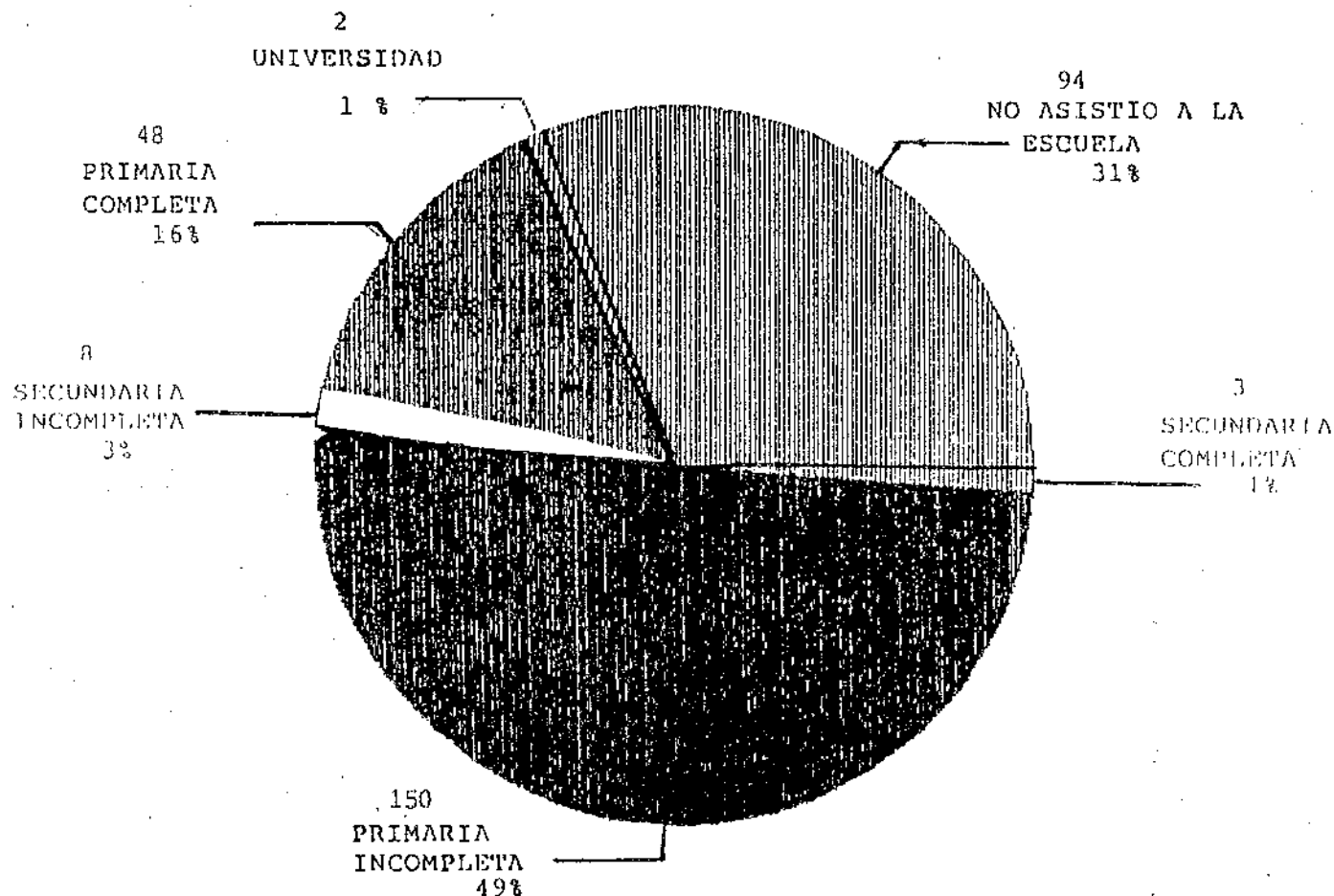
ENC. FAC. MEDICINA Y ESC. NAL. TRABAJO SOCIAL UNAM.

Este esquema de escolaridad es explicable porque se trata de población inicialmente campesina que emigró a la ciudad hace menos de 50 años.

En cuanto al estado civil de los ancianos residentes en la comunidad mencionada, se puede decir que en su mayor parte son casados 61% y el 31.2% viudos, sólo el 5.5% solteros y menos de 2% divorciados, lo que corresponde a un grupo humano de las características tradicionales. Este grupo de personas mayores de edad manifestaron vivir con un cónyuge o compañero hasta en un 56.43%, con sus padres el 3.46%, con sus hijos o hijas un 89.13% y un 36.29% dijo vivir con sus nietos, el resto con otros diversos tipos de parientes; en resumen, la mayor parte de los ancianos viven con familiares parientes en primero y segundo grados y dijo vivir sólo el 7%.

ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS. COLONIA ISIDRO FABELA.TLALPAN.

V-6Z



La mayor parte de ellos (72.52%) manifestaron estar satisfechos con su vida, es más, el 5.19% expresó estar muy satisfechos, lo cual es explicable porque son ancianos que en su mayor parte viven en un núcleo familiar, en casa habitación de la cual son propietarios el 80% ellos, su cónyuge o sus familiares, están rodeados de su núcleo familiar con el mínimo de satisfactores necesarios que se tiene en una ciudad, con el saneamiento básico resuelto; lo que les permiten escuchar radio, ver televisión, en la mayor proporción; estas condiciones son típicas de las grandes urbes pues se ha observado que las poblaciones marginadas tiende a contar con los satisfactores de la moderna población urbana lo que en muchos casos les permite tener acceso a una cultura incipiente entre esto el goce de leer revistas y periódicos los menos; asistir a cines, teatros y conciertos en mínima proporción.

La problemática principal que manifestaron los ancianos de la muestra estadística de referencia, está relacionada con problemas de salud y después problemas económicos, los menos refirieron problemas con su vivienda o problemas sociales diversos, cabe anotar que una proporción mayoritaria no expresaron ningún problema sentido, lo cual quiere decir que su condición de edad avanzada, baja escolaridad y vivir en condiciones que ellos consideraron satisfactorias comparadas con las que sufrieron en su infancia o juventud y en la provincia donde nacieron; agregado al disfrute de comodidades que proporciona en la actualidad el avance tecnológico mundial, atenúa en cierta forma una serie de carencias que se referirán posteriormente.

El estado de salud, según los propios ancianos refirieron: es bueno, regular o muy bueno en un 71.59% y sólo reportaron como malo o muy malo en un 22.21%; en un 68.64%, los viejos dijeron sufrir algún problema de salud, aún cuando los ancianos no pudieron precisar los diagnósticos, manifestaron que a menudo o muy a menudo en el 21.59% su problema de salud les dificulta realizar las actividades de su vida normal y el 6.93% está con algún grado de incapacidad. La incapacidad llega al grado de que el 28.64% de las personas de edad avanzada manifestó haber recibido tratamiento de rehabilitación y de los incapacitados el 5.92% se consideraron invidentes. La atención médica, en un 43% la proporcionan las instituciones de atención médica oficiales, acuden a los servicios de beneficencia pública o privada el 12% y los médicos privados atienden a los ancianos enfermos en un 31%, las enfermeras, contribuyen con un 1% y los que dicen no consultar a nadie son un 7%, curándose probablemente con remedios caseros o con boticarios, curanderos y homeópatas.

Del total de los encuestados, utiliza el I.M.S.S. o el I.S.S.S.T.E. para buscar atención médica: un 70% y más del 20% no dieron contestaciones positivas y concretas. Lo cual muestra una falta de congruencia o disparidad entre la población que está jubilada (31%) y la que recibe atención médica de las institucio-

nes de la seguridad social o sea el 70%; la mayoría presenta una salud regular, buena o muy buena, contra la minoría que la considera mala o muy mala, la proporción mayor de no pensionados que reciben atención médica de los seguros sociales se puede explicar por qué son derechohabientes de asegurados, en su mayor parte. (Gráficas 4 y 5).

Las personas de quien reciben más ayuda los ancianos, son en orden decreciente: de las hijas 35%, del cónyuge en un 15%, de los hijos un 12% y de otro familiar en un 7%. Los ancianos en un 81% están satisfechos o muy satisfechos, con las relaciones que desarrollan con los familiares con quienes viven, contra sólo un 7% que manifestaron no estar satisfechos, el resto de ellos no precisó. Lo que indica que la presencia de los ancianos es aceptable y aún buscada.

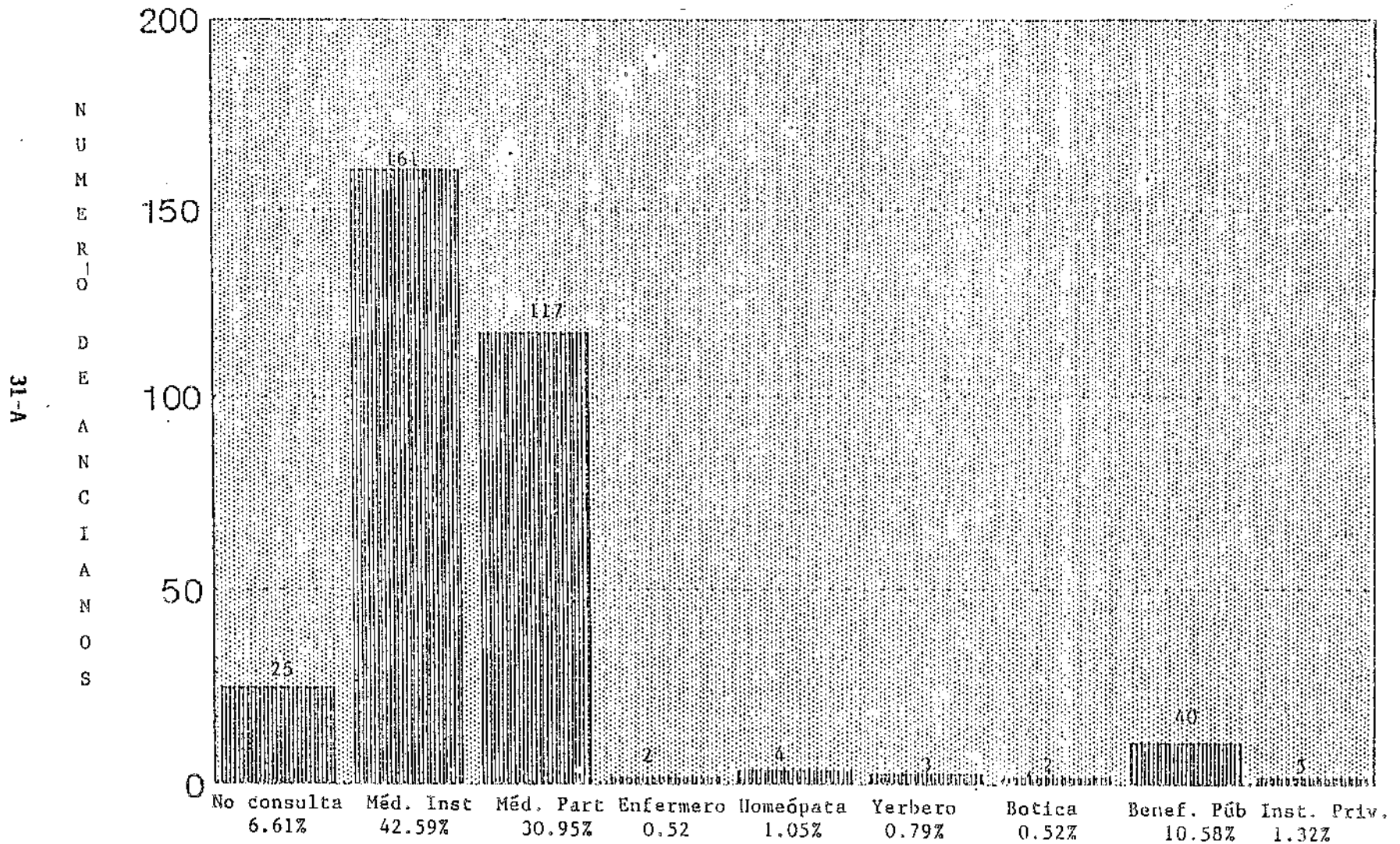
Aspectos Socioeconómicos:

Los ancianos estudiados en el área pertenecen a la clase media baja, los ingresos que perciben en efectivo, en promedio, están por debajo de los \$500 nuevos pesos, algo más que el salario mínimo y en su mayor parte no rebasan los dos salarios mínimos. En cuanto a fuente de ingresos el 26.51% reciben pensiones por jubilación o vejez; el 30.29% por intereses o rentas; el 17.98%, dinero del efectivo como ayuda por parte de sus hijos; el 3.94% es dinero en efectivo que proporciona el cónyuge o conviviente y el resto reciben dinero de otras personas hasta cerca del 3%; pero la gran mayoría no tienen ingresos en lo que se refiere a cantidades específicas. (Gráfica 6).

PESOS	INGRESOS (MENSUALES)	POR CIENTO
9 - 99	9	2.28%
100 - 199	18	4.56%
200 - 299	38	9.64%
300 - 399	54	13.20%
400 - 499	48	12.18%
500 - 599	31	7.86%
600 +	78	19.79%
NO SABE	118	29.94%
	394	99.95%

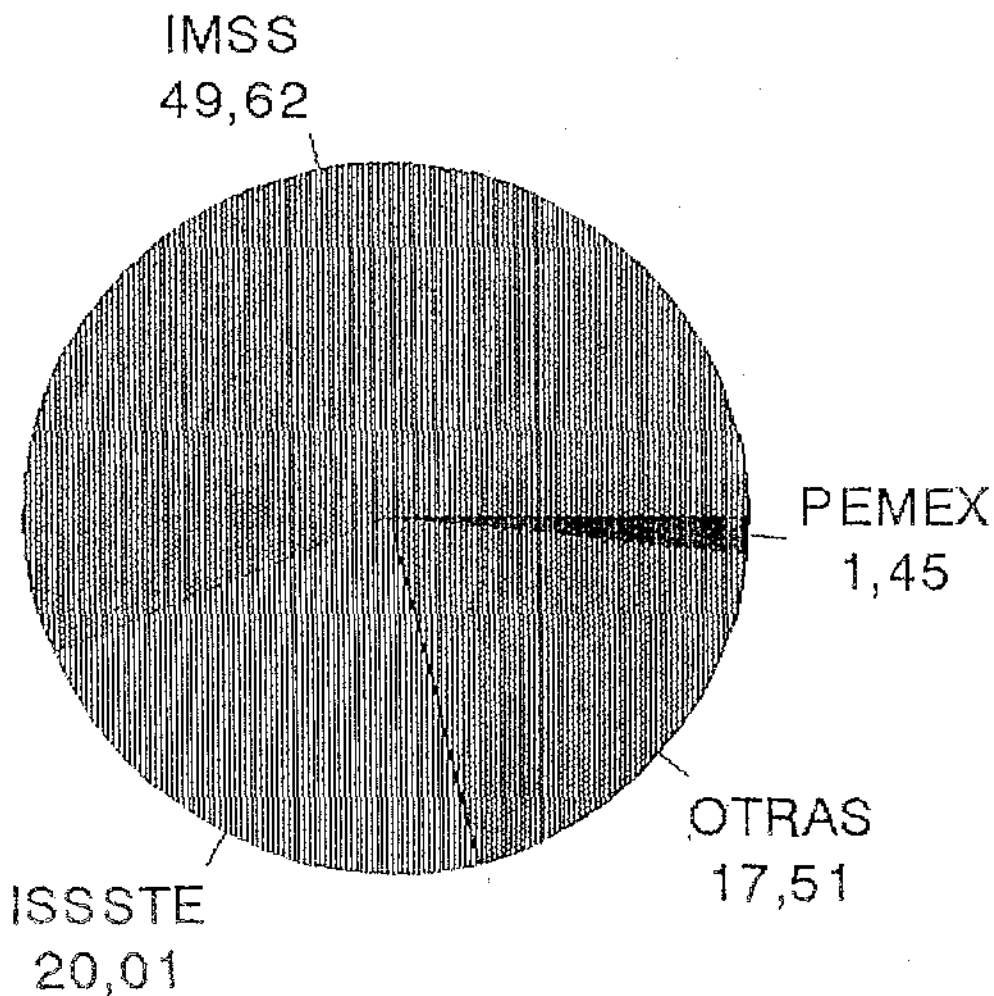
NOTA: EL SALARIO MINIMO EN EL PAIS ES DE N\$400 NUEVOS PESOS EQUIVALENTE A \$130 DOLARES AMERICANOS APROXIMADAMENTE.

PERSONAS O INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LOS ANCIANOS



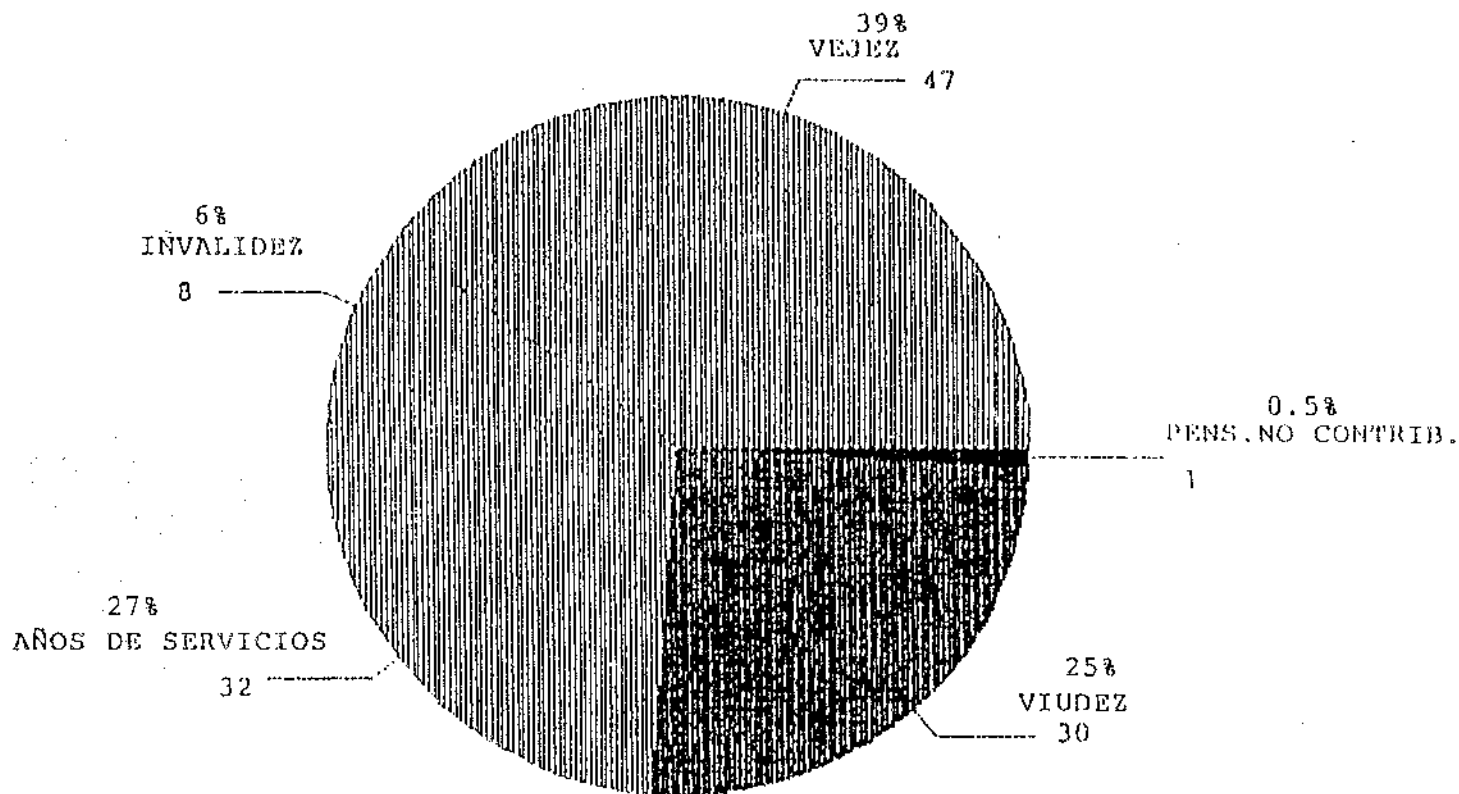
GRAFICA 5

ATENCIÓN MEDICA DERECHO-HABIENTES



TIPO DE PENSION DE LOS ANCIANOS.

COLONIA ISIDRO FABELA.TLALPAN.



31-C

Por lo anterior, la mayor parte de las personas de edad avanzada que se estudiaron (40.41%) creen que su condición es similar a la de otras personas de su edad y condición social, el 16.57% creen que su situación es mala o muy mala; aún cuando el 29.78% la consideran mejor que otras personas de la misma condición social, el resto no tiene idea. El 22.79% del grupo estudiado cree que su condición económica es su más grave problema mientras que el 23.31% suponen que es su precaria salud. En diversas proporciones manifestaron necesidades en cuanto a vivienda, alimentación, vestuario y otras necesidades sociales, de las cuales el transporte, suponen, que es deficiente; sin embargo, hay una proporción cercana al 50% que no relató tener problemas importantes.

A pesar de su precaria condición económica los ancianos de esta comunidad en su mayoría: 75.05% viven en una casa de su propiedad o de su cónyuge o compañero; el 4.67% la propiedad es común con la persona con quien vive. El por ciento de arrendadores es mínimo (1.26%) y hasta un 6.80% vive gratuitamente en una casa arrendada por sus familiares o por personas amigas. Las viviendas en más del 90% de los casos cuentan con agua potable, alumbrado eléctrico, cocina, televisión y cerca de esta cifra tiene sanitarios con agua corriente, tina o ducha y radio. Cerca de 80% de los ancianos cuentan con refrigerador, cerca del 60% con teléfono. (Gráfica 7). Tales son las condiciones en las cuales se encontraron viviendo la población de la tercera edad de la comunidad investigada.

La población vieja de esta zona de la ciudad, es bastante sedentaria, por lo cual la tabla respectiva expresa que el 80% de los ancianos no tienen problema de transporte y sólo el 20% restante acusa esta desventaja, lo que puede coincidir con la proporción de personas de 85 y más años, en cuyas edades la dificultad para deambular es más acentuada, esta cifra coincide con el porcentaje de ancianos que usan bastón para caminar (1%) y a ellos se suma el 3% que utilizan sillas de ruedas o andador. Sin duda una investigación más fina podría poner en evidencia las causas por las cuales las personas de la muestra poblacional tienen dificultades para deambular y según el caso, someterlas a un proceso de rehabilitación.

La encuesta aplicada en la investigación presente, enfoca varios ángulos del problema:

En lo referente a ingresos: se puede afirmar que 16% de los ancianos de este grupo desempeña un trabajo remunerado (a pesar de que se observa cada vez con más frecuencia que gente mayor de sesenta años y con capacidad para trabajar, evita la jubilación ante la perspectiva de recibir una pensión insuficiente que el fenómeno inflacionario y la devaluación de la moneda nacional reduzca a cantidades irrisorias, como ha acontecido en las décadas de los 70's y los 80's), a esto se debe a que una mayor proporción de ancianos desean trabajar por razones económicas.

Sin embargo el 48% de los ancianos manifiestan haberse jubilado antes o a los 65 años y el resto después de esta edad. (Gráfica 8).

En cuanto a las condiciones por las cuales, los viejos de la población anciana se pensionaron: el 40% por vejez, el 27% por años de servicio, el 7% por invalidez, el 25% reciben pensión por ser supervivientes (las cuales tienen montos más modestos de alrededor de 50% el de los asegurados) y el 9% otros tipos de pensión. Por supuesto que sólo son jubilados o pensionados el 26% del grupo estudiado y el resto: recibe una cantidad en efectivo por inversiones, intereses o rentas, o bien una aportación económica del cónyuge, un grupo es ayudado financieramente por los hijos o por otros familiares u otras personas. Los ancianos incluyendo a los pensionados reciben en un 40% cantidades mensuales inferiores al salario mínimo (400 Nuevos Pesos equivalentes a \$133 dólares U.S.A.) y el 39% recibe el doble del salario mínimo.

Los encuestadores encontraron que el grupo familiar recibe aproximadamente y en promedio: N\$4,800 equivalente a \$1,596 dólares U.S.A., al año, lo que repartido entre 2.2 de miembros de la familia significa un ingreso "per cápita" de N\$2,400 equivalentes a \$800 dólares U.S.A., al año. El grupo mayoritario (65%) opinó que su condición económica es mejor o igual a la de las otras personas de la misma edad.

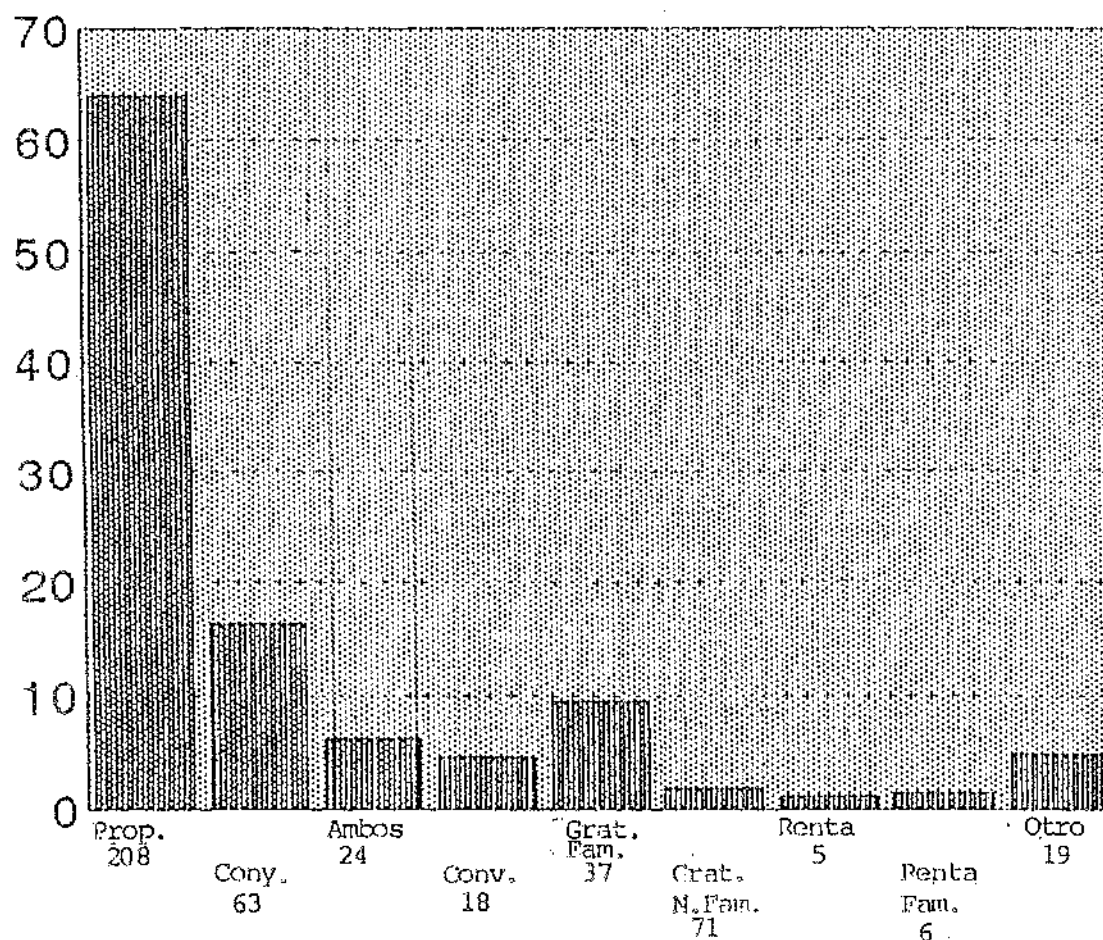
Discusión:

Se puede afirmar que este grupo de personas de más de 60 años, viven en un contexto urbano con casas construidas de tabique, ladrillo y cemento armado; con el número de piezas, requerido y cerca del 100% con agua potable, drenaje y electricidad. Su origen es similar a toda la población migrante del campo mexicano de la década de 1960 a 1970 y que adquirió los predios a precios módicos y que fue construyendo en forma progresiva y exigiendo servicios municipales hasta lograr las comodidades que se describen. Esta mecánica social de los hogares se refleja en la mayor proporción de propietarios (80%), que residen en la colonia antes mencionada. La asociación familiar más frecuente en la población estudiada es la que consta de una mujer anciana (pues las mujeres superan a los hombres en una proporción cercana de 2 a 1) y sus hijas (33%); contra 15% que se acompañan del cónyuge y 14% de los hijos. El fenómeno se explica porque siendo mayoritaria (80%) la población anciana que posee la casa en donde viven; los hijos contribuyen al sostenimiento del anciano a cambio de que compartan la propiedad y cuiden a los hijos (nietos en este caso), la relación madre-hija, es más frecuente pues hay un mayor entendimiento entre ambas; de tal manera que muchas mujeres jóvenes, no podrían laborar sin que alguien se hiciera cargo de sus hijos pequeños, los menores constituyen el 50% de la población adulta. (Gráfica 9).

LA VIVIENDA DE LOS ANCIANOS

COLONIA ISIDRO FABELA TLALPAN

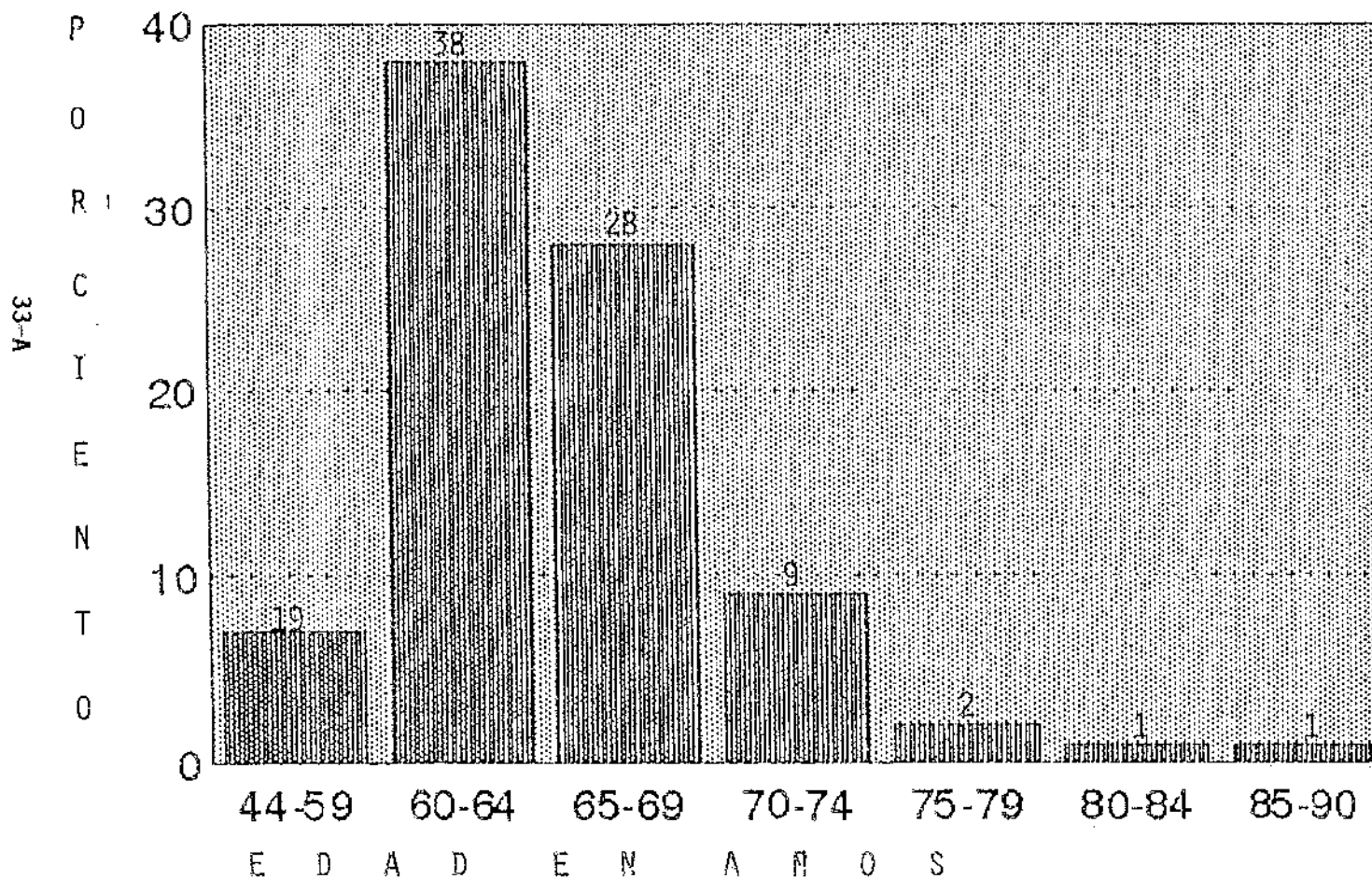
32-A



ENCUESTA DE LA FAC. DE MEDICINA Y DE LA ESC. DE TRAB. S, UNAM

EDAD DE RETIRO DE LOS ANCIANOS

COLONIA ISIDRO FABELA



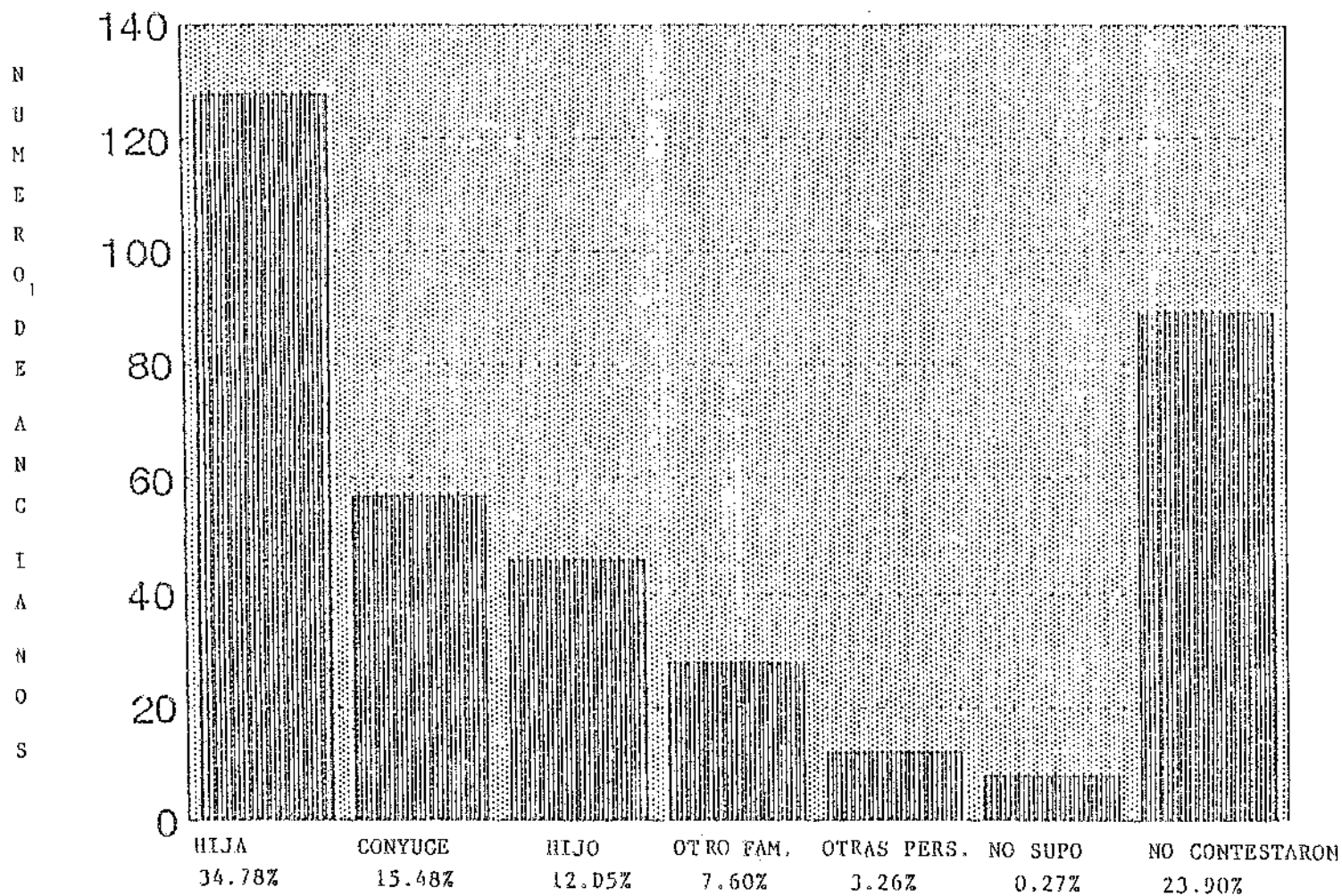
ENCUESTA DE LA FAC. DE MEDICINA Y DE LA ESC. TRAB. SOC. UNAM

GRAFICA 9

PERSONA QUE MAS AYUDA A LOS ANCIANOS EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS

CAJADAD

33-B



La suma de los ingresos del anciano (por ejemplo: la pensión) y la del grupo familiar hace susceptible la sobrevivencia de los viejos, pues con pensiones, cuyo monto es inferior al salario mínimo, sólo se puede sobrevivir buscando la asociación con un núcleo familiar, en este caso: el propio.

Desde el punto de vista de la escolaridad menos del 1% de la población estudiada tiene estudios superiores, pues la mayoría no terminaron o estudiaron sólo parte de la primaria.

Desde el punto de vista del estado civil predominan los casados, después siguen las viudas y los solteros, al final los divorciados; lo que corresponde a una cultura tradicional de corte católico, de reciente emigración al área urbana (30 años).

La mayor parte de los ancianos de esta área están satisfechos de la condición en que viven y de sus relaciones tanto con sus familiares como con sus vecinos y asimismo se sienten satisfechos con el servicio médico que lo atiende, a cuya medicina institucional acude la mayor parte de ellos. Esta situación es la que podría esperarse de ancianos que lograron adquirir una vivienda, que aunque modesta es cómoda y apetecible para sus descendientes, puesto que viven con ellos y dicho sea de paso, a la generación joven actual le será muy difícil de hacerse de una propiedad como la de sus padres, pues el costo del terreno y de la construcción es actualmente varias veces más elevado que en la década de los "sesentas".

La satisfacción que manifiestan estos ancianos en relación con los servicios médicos institucionales, lo explica el hecho de que son personas de clase media baja, que siempre han sido atendidos por médicos del sector público y sólo de emergencia acuden a un médico privado. De tal manera que muchos no han ejercido la "libre elección" de su médico familiar y están acostumbrados al trato del médico institucional y de sus ayudantes. El 33% acude a la atención de un médico privado y el resto a médicos institucionales. Dicen el 68% de estos ancianos, tener una salud dental de regular a buena.

Recomendaciones:

Cualquier programa de acción en favor de los ancianos debe apoyarse en el análisis de la situación. La información disponible permite identificar los problemas principales y su importancia el planteamiento de algunas alternativas de solución, algunas de ellas aún lejanas.

Es necesario la formulación de un programa normativo intersectorial de salud del anciano, además, la necesaria coordinación intersectorial e intrasectorial.

La perspectiva multisectorial involucra a la comunidad, toma en cuenta las limitaciones técnicas y económicas y busca la distribución equitativa de los recursos disponibles en la sociedad. Es necesario prever desde el principio, que el desarrollo y los efectos que resulten de un programa propuesto deben ser cuidadosamente supervisados por medio de evaluaciones periódicas frecuentes y exhaustivas.

Es necesario cambiar en la Ley General de Salud, la parte específica de protección al anciano, que facilite el acceso a los servicios y mantenimiento de su salud y que los proteja económicamente.

Es necesario exigir un mayor compromiso de las instituciones de seguridad social con sus pensionados y por lo pronto, cumplir a cabalidad con los compromisos ya contraídos con sus usuarios ancianos.

El problema de las pensiones es sin duda prioritario. A pesar de la formulación del sistema de pensiones, una gran cantidad de individuos de edad ya avanzada y con pensiones vigentes viven por debajo de los límites de pobres. Cualquier intervención de salud o educación será insuficiente en tanto no mejoren sus percepciones jubilatorias.

El problema del mantenimiento a domicilio del anciano dependiente, grava sólo a la familia que se ve obligada a cambiar su dinámica y estructura para poder ayudarlo, sin recibir orientación o apoyo. Es necesario el desarrollo de programas de estímulo y apoyo para las familias que deciden mantener a sus ancianos en el domicilio, en vez de la institución y proporcionarles la asistencia de personal paramédico a fin de reforzar el esfuerzo familiar y orientarlo debidamente.

Debe destacarse, la importancia del nivel primario y la educación para la salud, el autocuidado y la educación de la familia, para el cuidado del viejo dependiente, en su domicilio; independientemente de la participación comunitaria en la asistencia a las personas de la 3ª edad, no sería posible dar una atención completa, continua e integral a los viejos, sin tratar al paciente anciano en el segundo y tercer nivel del Sistema de Atención Médica.

La atención primaria es uno de los aspectos más importantes de la prevención, la detección precoz, el tratamiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas tales, como la diabetes, la hipertensión arterial, la arterioesclerosis, la osteoporosis, la artritis, la desnutrición y sus complicaciones que son de importancia primordial, asimismo la demencia.

La actividad física moderada tiene un lugar principal. Es necesario continuar los esfuerzos destinados a la creación de clubes y residencias diurnas y el diversificar los programas para incluir asistencia alimentaria y económica para los más desvalidos que sufren del aislamiento.

Se ha venido haciendo cada vez más necesario crear servicios de extensión hospitalaria para permitir el seguimiento, así como la creación de hospitales de día, operados por enfermeras.

La capacitación, es indispensable en centros académicos con el objeto de formar y capacitar personal de diversas áreas profesionales y de realizar investigación a todo nivel y multidisciplinaria.

Los ancianos solos y desvalidos deben atenderse en Unidades de Enfermería que cuenten con el apoyo de profesionales de la medicina y auxilios de trabajadoras sociales que les ayuden a resolver la problemática de relación con la comunidad, estas instituciones se apoyarán en servicios de convalecencia y rehabilitación para ancianos que puedan abordar aún problemas de mayor complejidad o referir a los ancianos al nivel correspondiente.

Congruencia Intrasectorial y Coherencia Extrasectorial:

Para viabilizar el sistema es preciso definir la metodología a emplearse. Todas las medidas de ayuda al bienestar del anciano se ofrecen de una manera muy variada y amplia, existen muchas actividades que, aunque se generen en otros sectores, afectan los sectores de salud y asistencia social; por lo tanto, cualquier estrategia de vinculación intersectorial debe considerar como punto de partida; la influencia constante que ejerce cada subsistema de servicios dentro del ámbito general. La vinculación del sector salud con la asistencia social es uno de los pilares principales para el logro del objetivo de maximizar la eficiencia y eficacia de los servicios asistenciales geriátricos.

La O.P.S., ha aconsejado todo un sistema de orientaciones programáticas para el periodo 1991 - 1994 que merecen estudiarse para implementarlas en nuestro medio:

- OTORGAR A LA SALUD DEL ANCIANO MAYOR IMPORTANCIA DENTRO DE LAS POLITICAS SOCIALES Y EL PROCESO DE DESARROLLO.
- MEJORAR LA CAPACIDAD DE ANALISIS DE SITUACION E IDENTIFICACION DE GRUPOS DE ALTO RIESGO.
- FORMULAR POLITICAS Y PROGRAMAS QUE PERSIGAN LA EQUIDAD EN SALUD CON RESPECTO A OTROS GRUPOS DE EDAD Y EL DESARROLLO DE SERVICIOS ESPECIFICOS.

- CONCENTRAR RECURSOS EN INTERVENCIONES EFICACES CONTRA DAÑOS Y RIESGOS QUE CONDICIONEN DETERIORO FUNCIONAL.
- DESARROLLAR ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION Y MEJORAR LAS POSIBILIDADES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO AL ANCIANO SANO O ENFERMO.

La Participación de la Seguridad Social:

De la encuesta realizada en la Delegación de Tlalpan, Distrito Federal, con la población mayor de 60 años que se atiende en el Centro de Salud doctor Castro Villagrana, el cual realiza un programa de investigación socio-médica con la Universidad Nacional Autónoma de México, que se denomina CEAPS, se pudo comprobar que los ancianos jubilados viven al amparo económico y social de sus descendientes, pues los sistemas nacionales de pensiones no pudieron librar con éxito la dura prueba de la inflación galopante que sufrió el país durante la década de los 70's y parte de los 80's, agregada ésta a las devaluaciones en cascada que pulverizó nuestra moneda y la redujo a su más mínima expresión.

Es decir que este país como todas las naciones en vías de desarrollo ha mostrado una regresión en lo relativo a pensiones durante la crisis económica por la que ha pasado; reduciéndose a la época en que la esperanza de supervivencia de las personas de edad avanzada estaba en que los padres tuvieran el mayor número de hijos posibles, de tal manera que la solidaridad familiar permitiera sobrevivir a la población vieja, gracias a que los descendientes se repartieran una carga ominosa, que en muchos casos les impedía atender adecuadamente el desarrollo de sus propios hijos.

Situación totalmente diferente a la que se observa en países desarrollados en que los ancianos pensionados pueden escoger entre vivir en instituciones, o vivir solos y agenciarse la ayuda de algún empleado doméstico para ciertas actividades de vida o bien reunirse en grupos de 10 a 20 personas de edad y alquilar una residencia y pagar los servicios domésticos en forma compartida y en todos los casos beneficiarse con servicios médicos aceptables, proporcionados por la misma institución de seguridad social o de asistencia social que los ampara.

Sin embargo la condición del pensionado mexicano tiende a repuntar:

- 1º Por los incrementos todavía modestos que han tenido las pensiones a últimas fechas.

2º Con la creación del sistema de ahorro para el retiro que puede ser una ayuda adicional; en caso de no presentarse otra crisis económica como la que tuvo lugar entre las décadas de los 70's y los 80's.

La concepción de este sistema de ahorro es la mejor prueba de que el gobierno está consciente del estado de indefensión económica y social que sufren los trabajadores pensionados en este país.

Cinco medidas complementarias parecen ser la solución más viable a la probable insolvencia del sistema pensionario de México:

1. Elevar progresivamente la edad mínima para jubilarse por vejez (actualmente es de 65 años).
2. Aumentar el periodo mínimo de calificación para poder gozar de una pensión de vejez o cesantía en edad avanzada (actualmente es de 10 años).
3. Incrementar paulatinamente la tasa de cotización (actualmente 7% del salario).
4. Sujetar los programas de las instituciones de seguridad social, a los límites de su función sin desviaciones, ni despilfarros o filtraciones.
5. Indexar efectivamente las pensiones al proceso económico del país y sobre todo conducir al país al abrigo de procesos de inflación galopante y devaluación.

Es absolutamente indispensable continuar investigando en este campo, para precisar las condiciones en que viven todos los ancianos en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barquín, C.M. y COL. La protección económica de los ancianos, por parte de las Instituciones Públicas y Privadas. Trabajo presentado en el II Seminario Latino Americano de Política Sanitaria; patrocinado por la UAM-Xochimilco y la Asociación Latino Americana de Medicina Social. México, Marzo de 1993.

Barquín, C.M. Medicina Social, pp. 99-106. Ed. Méndez Oteo. México, 1986.

Barquín, C.M. Dirección de Hospitales Sexta Edición, pp 107-117. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, México, México 1992.

Gutiérrez Robledo, L. Salud del Anciano. Editorial S.S.A. O.P.S. pp. 27-30, México, D.F. Mayo de 1993.

Kaplan, Juan. Medicina del Trabajo. pp. 298-352. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1976.

Brief, Richard S. Basic Industrial Hygiene, Winter 1975 supplement to the medical bulletin. pp. 15-43. Exxon Corporation, 1975.

Desoille, Henri. Medicine du travail et maladies professionnelles. pp. 2-39. Editorial Flammarion Medicine-Sciences. Paris 1977.

Kolb, R. La incidencia de la evolución de la esperanza de vida y de los sistemas de jubilación en el costo de las pensiones. XXIV Asamblea General de la AISS. Acapulco, Gro. México 22 de noviembre al 1º de diciembre de 1992.

Kaye, Dionisio J. Los riesgos de trabajo. pp. 63-349. Editorial Trillas, México, 1985.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuarios Estadísticos 1945-1989. México, D.F.

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Curso de Medicina del Trabajo. pp. 16-47. Editorial Orbe. La Habana, 1978.

National Safety Council. Accident Prevention Manual for Industrial Operations. Seventh edition. pp. 21-263. Chicago, 1974.

National Safety Council. Fundamentals of Industrial Hygiene Occupational Safety and Health Series. Ind. 2nd. Edition. pág. 751. Chicago, 1971.

Partida Bush. La sobrevivencia de los viejos. DEMOS. pág. 17. Julio de 1992. México, D.F.

Rutherford T., John Stone. Medicina del Trabajo e Higiene Industrial. pp. 17-86. Editorial Nova. Buenos Aires, 1955.

San Martín H., Pastor V. Epidemiología de la vejez. pág. 37 y sgtes. Editorial Interamericana Mc Gra Hill. México 1990.

Villalobos M., B.J. 29 años de estadística de riesgos de trabajo. Séptimo Encuentro Nacional de Médicos Supervisores de los Servicios Preventivos de Medicina del Trabajo en las Empresas. Octubre de 1991.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**CONSIDERACIONES BIOETICAS Y DERECHOS HUMANOS
EN LA ATENCION A GRUPOS PRIORITARIOS**

**DR. MANUEL VELASCO SUAREZ
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

2 DE AGOSTO DE 1993.

CONSIDERACIONES BIOETICAS Y DERECHOS
HUMANOS EN LA ATENCION A GRUPOS PRIORITARIOS

La BIOETICA, de BIOS -vida- y ETHOS -ética- (moral), es el tratado y estudio sistemático interdisciplinario del comportamiento médico y paramédico relacionado con el respeto a la vida y dignidad humanas.⁷

La perspectiva moral de la conducta hacia la vida en general, implica preservar la salud y la ecología natural y analizarla más allá no sólo de la Medicina, sino también con las ciencias sociales, las leyes, la religión y hasta la genética.⁷

Potter,⁵ médico oncólogo del Instituto Kennedy de Etica en 1970 (Georgetown University) acuñó el término BIOETICA como puente semántico entre la Biología y la Etica y entre ambas las ciencias biomédicas para entender la esencia humana en el contexto social y ecológico, cuyos problemas atañen directamente al hombre.

Es evidente que si se trata de conocer las reglas de la conducta moral en Biomedicina,² ésta se humaniza particularmente frente a los enfermos y evolución de la vida desde la concepción hasta la muerte. El sufrimiento no puede sustraerse al concepto de integridad de todo ser humano al que el médico debe ofrecer comprensión y respeto a su dignidad y valores individuales, sociales y públicos que como humano posee al lado de su libertad, autonomía y derechos, también a la protección de la salud y a la asistencia médica, considerados en el utilitarismo ético (Kant).^{3,6}

La seguridad social sin ser dependiente, procede de la Justicia y Derechos Humanos e identifica muchas de sus acciones con la moral del ESTADO, de la Cultura y Organización de la sociedad.

Al analizar las actividades de su competencia es lógico, pero no siempre justo, que establezca jerarquías y niveles de atención entre las poblaciones de su incumbencia.

Las finalidades de la BIOETICA se consolidan en lograr que se sirvan con la mayor cobertura racional, científica y humanitaria a los Grupos Humanos que se le hayan confiado dentro del Sistema Nacional de Salud, en todos los niveles y categorías de los mismos, a la Seguridad social como Instituto de Justicia biopsicosocial de atención a los mexicanos derecho-habientes, entre los que están numerosos sectores de la Población Prioritaria. Es en estos grupos donde sobresalen los Derechos Humanos y el Humanismo, basados más en la equidad que en Normas legales, para ofrecer protección a su Salud y rescatarlos del riesgo que representa su débil economía, pobreza e ignorancia o condiciones sanitarias.⁴

La BIOETICA en algunos de sus Capítulos considera la asignación de recursos como, también prioridad en su teoría y práctica, de criterios morales de beneficencia y "justicia distributiva".

La desigualdad, no toma en cuenta la justicia que, desde la época de Aristóteles, se presta a interpretaciones ambiguas y como sinónimo de lo que es lícito sin ser necesariamente moral, acepta que la humanidad se divide entre esclavos y amos con diferentes derechos..., entre poderosos y sirvientes con diferentes deberes y sujeción de unos a los otros.

En el marco de los Derechos Humanos y la BIOETICA, todos somos iguales, la atención de grupos prioritarios tiene directa relación con la "justicia distributiva". La equidad en la distribución de bienes y servicios en una comunidad, sin embargo, no deja de tener complejidades, ya que son frecuentes los "ajustes de recursos", a veces dejando los más escasos para los que menos tienen.

La consideración teórica de la Justicia y la Moral crean puntos y contrapuntos presentes en todos los estados, desde los antes socialistas a los capitalistas muy desarrollados y los que están en medio en proceso de desarrollo, o despeje, salvando obstáculos y cayendo a veces en la imposibilidad de responder a los costos para la atención de la salud y satisfacción de demandas de grupos prioritarios. La política económica, el endeudamiento externo, la "a veces inalcanzable tecnología", nos pone en el riesgo de ajustar "a mínimos" los servicios con criterios políticos del costo del seguro de enfermedad y beneficio resultante en la conformidad de la pobreza triste.

A medida que las necesidades de los grupos prioritarios rebasan los recursos humanos y económicos disponibles, las expectativas de respeto a los Derechos Humanos abruman la estructura de los Sistemas de Salud y financiamiento que se constituyen en retos de SOLIDARIDAD ética.

Por otra parte, el panorama que presentan los grupos étnicos todavía marginados, resaltan la necesidad de cambio de actitud, conducta y políticas responsables que el sistema e instituciones de salud. Se hace necesario revisar los diversos modelos y teorías en la prestación de servicios para hacerlos justos y de mejor calidad, desde la atención sanitaria y primeros niveles de servicios médicos a pesar de las interrogantes relativas a los recursos mejor cimentadas en la Justicia y estricto respeto moral a los Derechos Humanos.

Los principios Bioéticos, identificados con soluciones justas de Libertad y Competencia, se imponen o debieran estar presentes en toda acción médica y esto requiere de mayor información al personal, para que no por su inexperiencia confundan los términos y conductas éticas pertinentes, con exigencias coercitivas.

Es cada vez más necesaria la inteligencia moral de las autoridades para establecer políticas de atención de salud y prestación de servicios amparándose en la Justicia para la toma de decisiones, desde la asignación de recursos, organización, supervisión y exaltación de los Derechos Humanos que deben estar presentes en todos los módulos de atención de la Salud, como en la reestructuración evolutiva que, con obstáculos acartonados dificultan la activación al modelo ideal igualitario, dentro de los factores culturales que en cada comunidad deben ser respetados.

A veces se habla de ofrecer "atención mínima indispensable" que satisfaga alguna demanda, pero no la verdadera necesidad de los grupos prioritarios, que no resolverán su problemática con "costos módicos", sino con la plenitud de los recursos que deben asignarse en consideración de la BIOÉTICA de los Derechos, igualdad y distribución equitativa.

El absoluto optimismo de encajonar a la Salud como un "bien de capital" se modifica en vías del "costo-efectividad", bajo ciertas intervenciones específicas, en las que sobresalgan los costos crecientes marginales y la disminución marginal de la efectividad en el cuidado de los grupos prioritarios. Todo lo cual diluye el concepto de "costo-beneficio" por el de estimación de la eficacia en un rango de parámetros que deben tomar en cuenta la sensibilidad de los análisis, salvando sus dificultades prácticas para poder guiar a los que toman decisiones.

Estas guías generales pueden sugerir importantes rectificaciones direccionales de las políticas de salud concernientes a su finalidad esencial; prevenir, evitar la morbilidad y discapacitación, así como reduciendo la mortalidad, explícitamente para el "paquete" de mayor bienestar que supone la posesión y la promoción de la Salud.

Los Sistemas políticos desde el socialismo al liberalismo han contemplado la importancia que tiene la atención de la Salud como instrumento de fidelidad a sus grupos y sobre todo por el significado que tiene ante el pueblo y ambos caminos se encuentran en la libertad, ejercicio de la justicia y respeto a los Derechos Humanos, ahora más que nunca incluidos en la honradez, capacidad y eficacia de los funcionarios y agentes de Salubridad, Medicina Preventiva, Asistencial, Rehabilitatoria y, en una palabra de la salud como atributo individual y social indispensables para el bienestar.

Si analizamos la necesidad de la "justicia distributiva" de los servicios y atención a la Salud, encontraremos que no es estática, sino debe entenderse como un proceso en constante evolución y proceso hasta para atender aquellos casos y grupos en los que ya es indispensable y urgente la redistribución de los recursos humanos y económicos necesarios.

No obstante, ningún enfoque mercantil resulta positivo para la consideración Bioética de la justicia alrededor de los Derechos Humanos Universales, indeclinables para la protección de la Salud y aplicación conceptual y práctica relativas a la Seguridad social como política prioritaria, en la que se hace necesario detectar y atender grupos de riesgo, porque a la especial condición biológica de sus miembros se agregan limitaciones múltiples de bienestar, seguridad y servicios, tanto por sus asentamientos humanos mal comunicados y "costosamente atendidos" como por requerimientos graves en campos de la economía, la educación y la atención a la Salud.

No tienen culpa los grupos que parecen haber perdido en los sorteos sociales de nuestra economía política, toda su suerte, sin todavía alcanzar Justicia Social, a pesar de los positivos esfuerzos que el Gobierno de la República y distintas instancias del Estado Mexicano han logrado para aproximarse con mejores niveles de vida a la utopía igualitaria.

La atención de la Salud a grupos prioritarios debe contar con la solidaridad de los que más tienen con una mejor distribución de los impuestos, la participación de la iniciativa privada, pues no se pueden contener artificialmente los costos, ni inventar todo lo que merecen gastarse en beneficio de los de más necesidad.

El porcentaje del producto nacional bruto destinado a la atención a la salud debe subir a un nivel justo con la libre disposición de los que pagan sus impuestos y son proveedores y consumidores de los mejores servicios de salud.

Si bioéticamente consideramos prioritario el respeto a la vida, también lo es a los Derechos Humanos en todas las escalas y grados de convivencia social, fuera de la cual no existe el hombre ni puede estar ningún mexicano.

Muchos de los cambios estructurales que se imponen en la economía política, deben ir dirigidos a los ciudadanos más necesitados. La canalización de la atención integral a estos grupos, sin embargo, podría agotar presupuesto del Estado y la comunidad habrá de sacrificar algunos renglones del gasto suntuario para el bienestar e igualdad de los mexicanos.

La bioética y el respeto a los Derechos Humanos considera la imparcialidad en la adopción de decisiones sociales, no sólo en la atención de la salud y de la educación, sino en otros campos de la vida comunitaria, superando el egoísmo y avanzando en la perspectiva moral por igual de la dignidad humana. El principal objetivo de la distribución justa debe ser "igualar el bienestar". Es totalmente reprobable la flagrante injusticia en el establecimiento permisible de desigualdades que artificialmente crea el hombre entre el milagro de la vida y el misterio de la muerte.

Entre nuestros grupos indígenas y campesinos de muy escasos recursos se presenta frecuentemente un síndrome de perplejidad por haber perdido la esperanza... para qué se organiza, para qué se sacrifica? si no hay esperanza de mejoramiento, de alcance a los satisfactores del derecho a la vida, integridad física a la salud, a la libertad, a la propiedad, que figuran en los derechos y deberes de nuestro Contrato Social, máxime cuando son Grupos con problemas económicos y socio-culturales que sin la menor ETICA se les mantienen y hasta pueden favorecer la proliferación del narcotráfico.

Si los grupos prioritarios son aquellos que por encuestas epidemiológicas y sociológicas, se encuentran más expuestos a factores de riesgo, el factor en cuestión resultaría una característica individual, social o del ambiente, cuya presencia o ausencia aumenta la probabilidad de que ocurran daños a su Salud. Todo esfuerzo higiénico-sanitario y de Medicina Preventiva se justifica más allá del utilitarismo de la Bioética formal (Kant)^{3,6} y el cumplimiento con los Derechos ciudadanos.

La planeación en salud debe hacerse teniendo como objetivos precisos un aceptable número de satisfactores esenciales para la vida humana digna. La asignación equitativa de recursos, que por escasos que sean deben distribuirse con Justicia, deben fomentar la protección de la Salud. Los programas deben dirigirse con mayor énfasis a los grupos poblacionales de alto riesgo, es decir a los prioritarios como a las mujeres gestantes y los niños y ancianos como a los marginados, desnutridos y pobres...

La BIOETICA identificada con la Justicia Social busca el bien común, no con la imposición de normas que soslayan los valores culturales de cada Grupo Humano, sino exaltando los deberes y derechos ciudadanos previstos en la Constitución Política de la República.

Aún en crisis económicas difíciles no es válido que sean los servicios de educación y salud los más comprometidos.

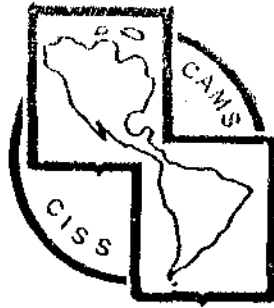
La dentología política misma, establece preferencias sanitarias por arriba de otros satisfactores, no obstante que se discute en el rigor de la BIOETICA que la Salud puede ser un bien de consumo que obedezca a las leyes o impedimentos teóricos del costo-beneficio.

La realidad es que nada puede exigirse sino se ejerce la Justicia, éticamente explicada en el Derecho a la protección de la Salud y de la Asistencia Sanitaria.

La BIOETICA y los Derechos Humanos son concepciones en convergencia que mantienen entre sí la equidad y la justicia para salvaguardar la dignidad humana...

BIBLIOGRAFIA

1. Horgan, J. Trends in Behavioral Genetics. Scientific American, June, 1993. pp. 92-100.
2. Mappes, Th & Zembaty J. Biomedical Ethics. Third Edition McGraw Hill Inc., New York, 1991.
3. Kant, Immanuel. The Categorical Imperatives Graundwork of the Metaphysics of morals. Trad. J. Paton. Harper and Row, New York, 1964. pp. 88-91.
4. O.M.S. Bioética, Temas y Perspectivas. OPS, 1990.
5. Potter, V.R. Bioethics, Bridge to the future, Englewood Cliff, New Jersey, Prentice Hall, 1971.
6. Stuartmill, J. Utilitarianism on Liberty. Ed. M. Warnock. New American Library. 1992.
7. Velasco-Suárez, M.M. Bioética y Derechos Humanos. Edit. Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1992. México.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

IDENTIFICACION DEL GRADO DE RIESGO DE LAS EMPRESAS

**DR. JUAN ANTONIO LEGASPI VELASCO
SECRETARIA DEL TRABAJO**

3 DE AGOSTO DE 1993.

IDENTIFICACION DE RIESGOS EN LAS EMPRESAS

Durante todas las épocas el hombre siempre ha interactuado con su medio ambiente. Esta interacción influye positiva o negativamente sobre el estado de salud del hombre según las condiciones y circunstancias en las que ocurren los procesos que relacionan al ser humano con su entorno.

Si este conjunto de interrelaciones tienen como resultado ciertas modificaciones de la naturaleza estamos hablando de trabajo.

El trabajo tiene innumerables efectos benéficos para el hombre, por ejemplo y primordialmente está la obtención de satisfactores materiales, pero también podemos hablar de los nuevos conocimientos que se adquieren durante el desempeño del trabajo y del incremento en el nivel de autoestima que se presenta cuando el trabajo es gratificante.

Pero el trabajo también puede producir efectos nocivos sobre el organismo humano, si las condiciones en que se desarrolla no son óptimas. Esta situación, de no idoneidad en la administración, organización y proceso de trabajo facilita y muchas veces determina la aparición de factores de riesgo en el trabajo, que van a requerir su identificación para su control posterior.

Los factores de riesgo a pesar de que tienen una identidad propia, no actúan aislados sino que las acciones y efectos de varios de ellos se suman o se combinan para conformar un patrón característico de las condiciones de trabajo que influye directamente en la presentación de cierto tipo de desgaste o de patología laboral.

Los factores de riesgo pueden ser cosas tan complejas y abstractas como el sistema administrativo de una corporación o tan simples como el orden y la limpieza de los sitios de trabajo, pero independientemente de su naturaleza son capaces, en determinadas circunstancias, de causar daños a la salud y a la productividad.

Los factores o agentes de riesgo en el trabajo, se han descrito como aquellos que pueden causar daños a la salud, accidentes o enfermedades. Podemos clasificarlos en físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales, los que pueden incidir de manera global sobre el organismo humano y afectar a varios de sus aparatos y sistemas y dependiendo del tipo de condiciones de trabajo pueden causar daños de diferente magnitud.

Pueden tratarse de lesiones más o menos circunscritas si son los agentes mecánicos los responsables, pero si son los agentes físicos y químicos los que actúan es probable que se establezca un cuadro con patologías múltiples.

En materia de riesgos físicos, podemos encontrar el ruido, como uno de los agentes más frecuentes en los ambientes de trabajo, el que puede provocar pérdida de la audición temporal o permanente, dependiendo de ciertas variables como: el nivel del sonido, la frecuencia de éste, su duración, el intervalo de exposición, el tipo de sonido y la susceptibilidad individual.

Existen otros riesgos físicos como son: las radiaciones electromagnéticas e ionizantes, las vibraciones, iluminación, temperaturas y presiones ambientales.

Cada una de éstas nos lleva a establecer diferentes procedimientos para su identificación tanto en el ambiente como en la maquinaria o en el propio hombre que trabaja y en el propio proceso del producto.

En materia de riesgos químicos, éstos surgen por concentraciones en el aire de vapores, gases, nieblas o sólidos en forma de polvos o humo, pueden provocar a través de dos vías daños a los trabajadores, por inhalación o por contacto de la piel, como irritantes, o pueden resultar tóxicos por absorción y generar un trastorno o daño a nivel de todo el organismo.

En su identificación se usan primordialmente dos métodos, el biológico en el hombre o a través de métodos de evaluación del ambiente de trabajo.

En el proceso de identificación de los riesgos químicos, se debe estar alerta para su reconocimiento a nivel de las materias primas, la potencialidad de éstas para provocar daños o peligros y debe tenerse en cuenta, que muchos materiales en condiciones normales de uso pueden ser inertes o no tóxicos, pero cuando cambian de temperatura se convierten en productos tóxicos.

Estos riesgos, los químicos son quizás los que deben ser identificados y clasificados en forma más estricta porque pueden provocar alteraciones en cualquier parte del organismo del ser humano.

Los riesgos biológicos incluyen una gran variedad de agentes, hongos, bacterias, insectos, etcétera los que a través de los procesos de trabajo permite identificarlos para su control; en algunos casos éste puede ser complejo, como en los trabajos a la intemperie.

En materia de riesgos ergonómicos, como lugares de trabajo mal diseñados, herramientas inadecuadas o defectuosas; posiciones viciosas, métodos de trabajo inadecuados son factores que los podemos englobar como parte de los procesos de administración del trabajo en los que no solo influye la máquina, sino también el hombre y en los que es necesario la aplicación de técnicas de Ingeniería y Biomecánica para su identificación y control.

En las cuestiones ergonómicas, la diversidad de probables riesgos, implica el llevar a cabo estudios muy cuidadosos para identificarlos y evitar su aparición; en esta fase el sistema músculo esquelético juega un papel importante; los daños pueden ser inmediatos debido a la intensidad del riesgo o una aparición tardía, según exposición al mismo.

Los riesgos psicosociales, están en el trabajo mismo y en el hombre que interactúa. Conllevan un alto grado de relaciones humanas, de satisfacción por el trabajo, de interés por él, de rechazo, de insatisfacción social y económica, de interrelaciones personales, de dirección, etcétera.

Un trabajador raramente se expone a un solo riesgo, al existir en el trabajo una interrelación entre ellos, por eso el hombre puede responder ante éstos con diversidad de efectos, razón por lo cual en todo centro de trabajo debe de conocerse toda la gama de riesgos y señalar la problemática de ellos en lo general y en lo particular en sus interacciones.

Desde hace mucho tiempo se conocen perfectamente varias entidades nosológicas cuyo origen se encuentra total o parcialmente en el trabajo, pero se ha avanzado poco en el reconocimiento de aquellas situaciones en las que el trabajador está expuesto a múltiples agentes al mismo tiempo, situación que le provoca desde síntomas generales, aparentemente no relacionados entre sí, o francas patologías bien identificadas que al presentarse simultáneamente deterioran de manera considerable la salud y la capacidad de trabajo del hombre.

Las consecuencias de la exposición a factores de riesgo en el trabajo no se limita al surgimiento, de una o varias enfermedades de trabajo sino que también modifican la dinámica familiar del trabajador, la tornan más difícil y conflictiva.

La presencia de factores de riesgo en magnitud suficiente para dañar la salud de los trabajadores significa para la empresa menor productividad, creatividad, confort y satisfacción de sus empleados. Estos, no son entes u objetos que aparecen por generación espontánea, tienen su origen en situaciones primarias de la empresa como son el diseño y construcción del local, la organización y administración del trabajo, las políticas laborales de la empresa, el contenido del contrato colectivo de trabajo si existe y desde luego las características del proceso de trabajo.

Un diseño inadecuado de las instalaciones o el uso de locales improvisados probablemente genere problemas de ventilación, condiciones térmicas, delimitación de áreas y otros factores que en determinadas circunstancias causan malestar, disconfort o la ocurrencia de riesgos de trabajo.

La ausencia de incentivos materiales y sobre todo psicológicos como premio al buen desempeño en el trabajo son factores causantes de desánimo o disconfort e indirectamente influye en la ocurrencia de riesgos de trabajo o de ausentismo.

Si este tipo de circunstancias laborales se repiten en muchos centros laborales, o incluso se vuelven la regla y no la excepción, entonces las repercusiones negativas sobre la economía nacional, la salud pública y la cultura de la población, podrían ser incalculables.

La repercusión de los riesgos de trabajo sobre la economía en las empresas es un problema bien conocido actualmente; el ausentismo, la minusvalencia y el reacomodo ocupacional provocan gastos extras que en ocasiones son considerables.

Según datos del IMSS para 1992, se reportaron más de 614,000 riesgos de trabajo, cuyo costo estimado es de 3,000 nuevos pesos y cuyo costo indirecto para las empresas se considera en 5 veces este valor; es indudable que esta situación repercute en el costo económico del seguro de riesgos de trabajo.

El control de los factores de riesgo debe planearse de manera integral en las empresas, en la programación es conveniente considerar al mismo tiempo los problemas administrativos, técnicos y humanos para estar en posibilidad de mejorar de forma efectiva las condiciones del medio ambiente en que se desarrolla el trabajo.

La solución de los problemas técnicos en una empresa va de la mano con el tratamiento de los problemas administrativos y los relativos a la salud de los trabajadores. La resolución de un problema técnico no es factible sin el correspondiente manejo del problema humano o administrativo.

Los programas de salud, seguridad e higiene en el trabajo que se implanten sólo podrán ser desarrollados satisfactoriamente por un equipo multidisciplinario ya que el problema de la salud del hombre en el trabajo tiene que ver con muchos aspectos de la ciencia, la tecnología y las técnicas, así es necesario que intervengan el médico de empresa, el ingeniero, el psicólogo industrial, el administrador, la enfermera industrial, el encargado de recursos humanos y otros profesionales con capacidad para aportar sugerencias para el control eficaz y eficiente de los factores de riesgo.

Una sola persona, o un grupo de personas con la misma especialidad nunca podrán resolver todos los problemas de salud, seguridad e higiene en el trabajo de una empresa.

La legislación nacional obliga a los empleadores a identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo y a los trabajadores a contribuir a ese fin.

Existen en México diversos ordenamientos legales generales y específicos en materia de salud en el trabajo que deben ser aplicados en las empresas. Destacan el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo y los Convenios 155 y 170 de la Organización Internacional del Trabajo.

El primero plantea los requerimientos mínimos indispensables para mantener condiciones aceptables de seguridad e higiene en cualquier centro de trabajo y sus Instructivos norman de manera detallada ciertos aspectos relevantes relacionados con la evaluación y control de los factores de riesgo.

El Convenio 161 de la Organización Internacional del Trabajo es un documento clave para la promoción de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos de trabajo ya que dispone de manera en que debe integrarse y las funciones que debe tener ese grupo interdisciplinario dedicado a la salud en el trabajo que debe existir en cada centro de trabajo. Plantea la obligación ineludible de los empleadores para promover la implementación de un servicio de salud en el trabajo en todas las empresas que desempeñe el papel de programador, organizador, ejecutor y evaluador de las acciones relativas a la salud, seguridad e higiene en el trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo ha contribuido a la mejora de las condiciones en que laboran los trabajadores sistemáticamente, por medio de diferentes convenios y recomendaciones.

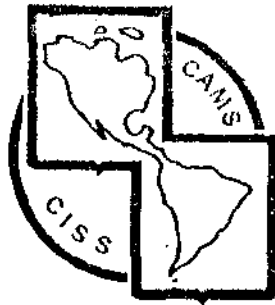
La normatividad existe, sin embargo aún se requiere darle mayor difusión entre los empleadores, trabajadores y también entre los profesionales dedicados a la salud y seguridad en el trabajo.

Es indispensable asimismo, intensificar los programas de capacitación y actualización en materia de salud, seguridad e higiene en el trabajo dirigidos a profesionales y técnicos responsables de estos problemas en las empresas. Actualmente existe un impulso académico relacionado con la salud en el trabajo, circunscrito al Valle de México y a algunas ciudades del interior de la República; urge extender estas actividades a todos los ámbitos en donde existan centros laborales y universitarios en este país.

El control efectivo de los factores de riesgo en las empresas como condición no única pero sí primordial para mantener la salud de los trabajadores, repercute además de manera trascendente en la productividad, incrementando la cantidad y calidad de los productos o servicios que otorgan los empleadores.

Finalmente deben de tomarse en cuenta otros factores de riesgo inherentes al propio trabajador como: su dieta alimenticia, el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, que pueden sumarse a los agentes enunciados anteriormente, por lo que en la identificación deben de tomarse en cuenta.

Hagamos de la identificación de riesgos en las empresas una actividad diaria y un quehacer común.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**EL EXAMEN MEDICO PERIODICO Y EL ESTUDIO DE
FACTORES DE RIESGO EN TRABAJADORES DE PETROLEOS MEXICANOS**

**DR. HORACIO GARCIA ROMERO
PETROLEOS MEXICANOS
(PEMEX)**

3 DE AGOSTO DE 1993.

EL EXAMEN MEDICO PERIODICO Y EL ESTUDIO
DE FACTORES DE RIESGO EN TRABAJADORES
DE PETROLEOS MEXICANOS

La cotidiana transformación de la naturaleza por parte del hombre, expone a éste a una serie de factores y situaciones, derivadas no solo del lugar que ocupa en el proceso de producción, sino también de la forma en que está organizada la producción en la sociedad en que está inmerso y el grado de desarrollo de la misma, tanto económico, como político y social. La ubicación de un sujeto dentro del proceso de producción, determina habitualmente su lugar en la pirámide socioeconómica, la cual a su vez va a determinar su historial de salud-enfermedad y a través de éste su esperanza y su calidad de vida.

Por otra parte aún hoy en los albores del tercer milenio, encontramos que los riesgos para enfermar se distribuyen desigualmente, no sólo entre las diferentes sociedades, sino también a lo interno de las mismas, dándose una polarización, que si bien es cierto existe con diferentes matices y grados, podemos encontrarla en todos los países y no solamente en el tercer mundo. El perfil de salud-enfermedad de los trabajadores migratorios, en los países altamente industrializados es completamente diferente al prevalente entre la población nativa de los mismos y continúan existiendo en ellos focos marginales como algunas zonas de la ciudad de Nueva York en donde la esperanza de vida al nacer es menor que la observada en ciertos países del centro de Africa.

En el contexto operativo, es pertinente para una empresa que cuida de sus trabajadores que establezca prioridades y jerarquice las acciones tendientes a garantizar su salud, parcializando el problema y abocándose principalmente al ambiente en donde se desarrolla el trabajo.

El cuidado de la salud de los trabajadores en el ambiente laboral, implica la detección y control de los diferentes agentes que pueden producir un riesgo de trabajo; sin embargo, aunque existen evidencias de causalidad entre ciertos agentes y algunos daños, aún queda mucho por definirse en cuanto a la asociación entre una gran cantidad de agentes químicos, físicos y biológicos y la génesis de enfermedad. Asimismo, la organización y modo de producción puede también en una forma u otra estar incidiendo en la salud del trabajador.

De esta manera, el cuidado de la salud de los trabajadores no debe limitarse a la detección y control de los riesgos ya conocidos, sino que debe existir una búsqueda continua, sistemática y organizada de factores que deban considerarse como de riesgo, realizándose ésta desde una perspectiva amplia que incluye situaciones y características del ambiente laboral, del proceso de producción, de los insumos y productos manejados y sobre todo del trabajador mismo.

Tradicionalmente la participación médica en el cuidado de la salud del trabajador se ha limitado al diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades ya establecidas, sin embargo, actualmente el enfoque tiende a incluir cada vez más acciones de corte preventivo⁽¹⁾.

Una de las herramientas fundamentales, para poder determinar el estado de salud del trabajador es el examen médico, el cual en sus diferentes modalidades (admisión, recontractación, periódico, reincorporación), proporciona los datos indispensables para actuar tanto en forma correctiva, como preventiva, interviniendo sobre los factores que puedan favorecer la instalación de daños o el agravamiento de los ya instalados. Dentro de los exámenes médicos, el examen periódico es el que brinda más oportunidades de actuar preventivamente además de ser un instrumento que puede ser muy útil en la investigación y en el descubrimiento de nuevas asociaciones causa-efecto entre situaciones y agentes propios del trabajo y los daños.

En Petróleos Mexicanos la obligatoriedad del examen médico, no solo está condicionada por la legislación nacional e internacional vigentes, sino que está contemplada en el contrato colectivo de trabajo como un derecho, pero también como una obligación del trabajador, debiendo la empresa proveer las facilidades o medios para su ejecución y determinándose su periodicidad como anual o en un período menor a juicio de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene⁽²⁾. El examen periódico es una práctica cotidiana en Petróleos Mexicanos desde hace muchos años, sin embargo cualitativamente ha estado orientado fundamentalmente hacia la detección del daño y cuantitativamente su cobertura ha sido apenas del 50% de la población trabajadora.

MATERIAL Y METODOS.

Los servicios médicos de Petróleos Mexicanos han rediseñado su programa de examen médico periódico, con el fin de contribuir al mantenimiento de un óptimo balance salud-enfermedad en sus trabajadores, que minimice los años de vida productiva potencial perdidos y contribuya a conservar los elementos básicos del individuo para el mantenimiento de un nivel adecuado de calidad de vida.

Operativamente el programa se ocupa de tres grandes rubros:

1. Detección de sujetos en riesgo.
2. Detección en discapacidades físico-funcionales frente al puesto de trabajo.
3. Detección de daños ya instalados.

El diseño del programa implica la realización de dos fases de tamizado y una fase de examen individual para el establecimiento de un diagnóstico definitivo (figura 1).

El tamizado fue definido como: "La presunta identificación de una enfermedad o defecto no reconocido, por la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedimientos que puedan ser aplicados rápidamente, para diferenciar a los individuos aparentemente sanos que probablemente tienen una enfermedad de los que probablemente no la tienen"⁽³⁾.

El examen de los trabajadores deberá realizarse en el propio centro de trabajo en la unidad médica de salud ocupacional, acondicionada para este efecto o bien en la unidad médica de referencia, en los casos que así se requiera. Del examen médico periódico se derivan los programas de control de factores de riesgo y de seguimiento y control de enfermos crónicos funcionales (figura 2).

La detección de los sujetos en riesgo, está orientada desde la perspectiva de la atención primaria a la salud, utilizando como estrategia el enfoque de riesgo y como táctica operativa del tamizado. Se diferencia del examen médico periódico a población abierta por el énfasis que se hace en aspectos de tipo laboral.

La detección de sujetos en riesgo se delimitó en función del perfil epidemiológico de los trabajadores de la empresa, priorizándose especialmente los padecimientos crónico-degenerativos, tomándose en cuenta la frecuencia de los padecimientos, su vulnerabilidad para la prevención y la disponibilidad de métodos de campo para su detección.

De esta manera las situaciones mórbidas blanco que se tomaron en cuenta fueron:

1. Hipertensión arterial.
2. Diabetes mellitus.
3. Obesidad (mórbida, definida como índice de corpulencia de 30 ó mayor).
4. Hipercolesterolemia (mayor a 140 mg/00).
5. Enfermedad coronaria.
6. Enfermedad cerebro vascular.
7. Cirrosis hepática.
8. Cáncer broncogénico.
9. Cáncer de piel.
10. Dermatitis por contacto.
11. Cáncer cérvico uterino.
12. Cáncer de mama.
13. Enfermedades de transmisión sexual.
14. Accidentes.

Para estas situaciones se orientó la realización del examen médico periódico, hacia la investigación de los factores de riesgo más conspicuamente reportados en la literatura (cuadro 1)⁽⁴⁾.

La detección de las discapacidades físico-funcionales frente al puesto de trabajo es fundamental dentro del esquema del examen médico periódico, ya que una disarmonía entre la capacidad físico-funcional y la exigencia del puesto puede tener graves consecuencias para el trabajador. Para poder detectar estas discapacidades, fue necesaria la realización de estudios encaminados a construir los límites aceptables de disminución de las capacidades físico-funcionales para cada categoría. Para llevar esto a cabo se trabajó con las 735 categorías descritas en el contrato colectivo de trabajo de la empresa⁽²⁾. De acuerdo con los elementos acerca de las funciones que se requieren para cada puesto, se obtuvo información teórica contenida en el contrato colectivo citado y en la relación de labores, confrontándola con la experiencia práctica de los especialistas de medicina del trabajo del sistema.

Se decidió que los criterios base para evaluar cada categoría eran los siguientes:

- Predominio físico.
- Intensidad del esfuerzo físico requerido.
- Postura predominante al realizar sus labores.
- Necesidad de desplazamiento.

Combinando éstos, se construyeron 21 familias de categorías, mismas que finalmente se agruparon en tres estratos:

- REQUERIMIENTO FISICO-FUNCIONAL "BAJO".

Se englobaron en este estrato aquellas categorías cuyas posturas predominantes son sentado y de pie y la actividad es fundamentalmente intelectual o requiere un esfuerzo físico ligero, ya sea estática o con movimiento.

- REQUERIMIENTO FISICO-FUNCIONAL "INTERMEDIO".

Aquí se ubicaron las categorías cuyas posturas predominantes son de pie o sentados, existe un equilibrio entre lo físico y lo intelectual, ya sean estáticas o en movimiento pero con un esfuerzo físico requerido moderado.

FIGURA No. 1
DIAGRAMA EXAMEN MEDICO PERIODICO

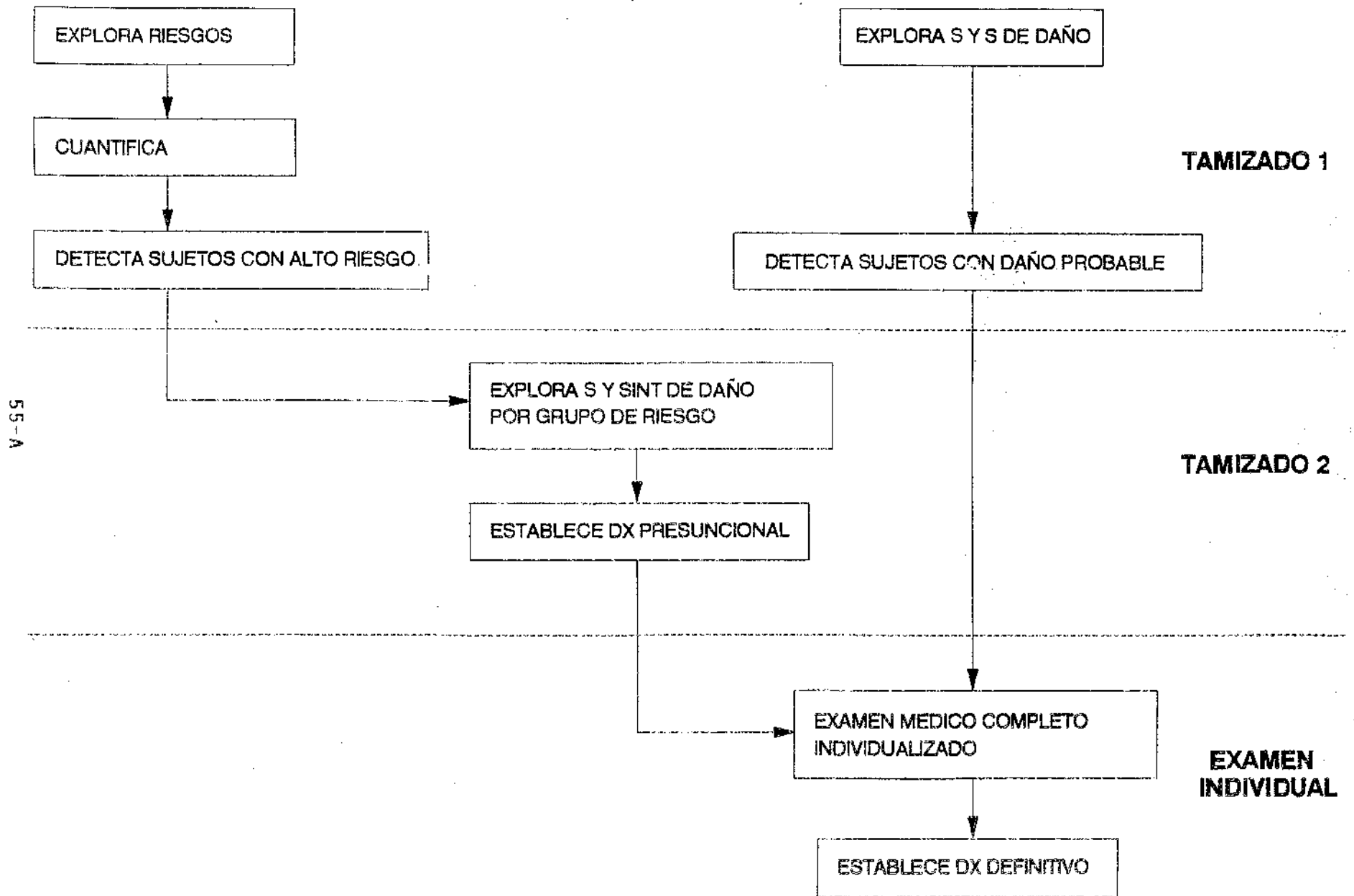
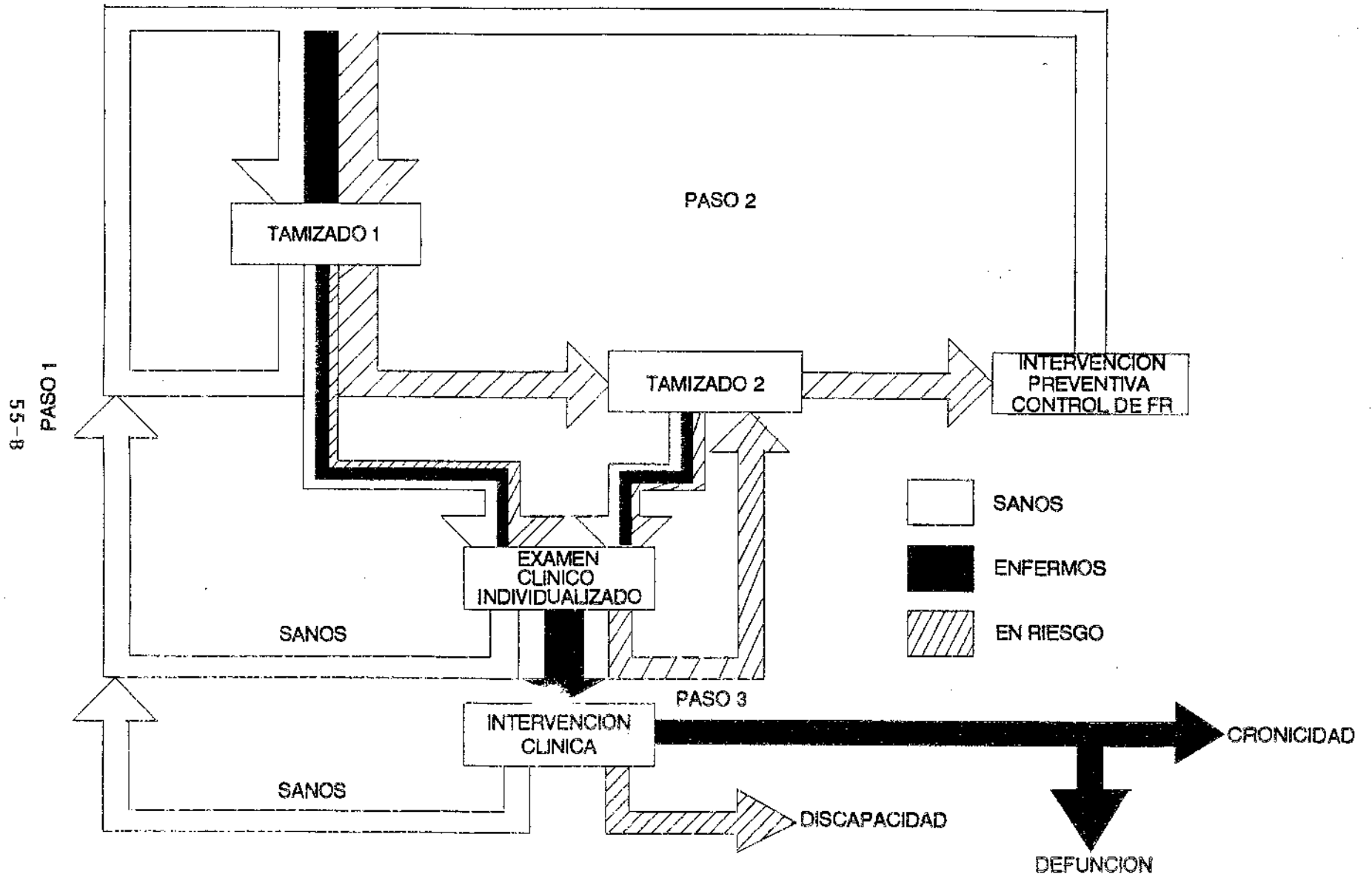


FIGURA No. 2
ANEXO N° 5.- " TRANSITO DE TRABAJADORES EN EXAMEN MEDICO-PERIODICO "



**CUADRO 1
CARTA PARA CUANTIFICACION DE RIESGO**

NOMBRE _____

FICHA _____

ENFERMEDAD FACTOR	HIPERTEN ART.	DIABETES MELLITUS	ENF. CEREBRO VASC.	ENF. CORO- NARIA	CIRROS HEPATICA	CA BRONCO	CA PIEL Y DERMIS CONTACTO	CA CU	CA MAMA	ETS	ACC- DENTES
INGESTA EXCESIVA DE CARBOHIDRATOS	1	2	1	/	/	/	/	/	/	/	/
INGESTA EXCESIVA DE GRASAS NO SATURADAS	1	1	1	1	/	/	/	/	/	/	/
SEDENTARISMO	2	1	1	1	/	/	/	/	/	/	/
TABAQUISMO	1	/	1	3	/	4	/	/	/	/	/
INGESTA DE ALCOHOL	1	1	/	1	4	/	/	/	/	/	2
OROGADICCIÓN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	2
SEXO NO SEGURO	/	/	/	/	/	/	/	2	/	4	/
ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	/
EXP. A RAD. IONIZANTES	/	/	/	/	/	1	1	1	1	/	/
EXP. A RAD. SOLARES	/	/	/	/	/	/	2	/	/	/	/
EXP. A Q. QUIMICOS a) CARCINOGENICOS TOPICOS	/	/	/	/	/	1	1	1	1	/	/
b) POLVOS Y HUMOS INDUS- TRIALES	/	/	/	/	/	2	1	/	/	/	/
ANTEC. DE ACCIDENTES LABORALES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1
SOBREPESO	4	4	2	3	/	/	/	/	/	/	1
CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS	/	1	4	3	/	/	/	/	/	/	/
COLESTEROL ELEVADO	3	1	3	3	/	/	/	/	/	/	/
GESTAS	/	1**	/	/	/	/	/	2**	2*	/	/
INICO TEMPRANO DE RELACION SEXUAL	/	/	/	/	/	/	/	2	/	/	/
PRODUCTO MACROSCOPICO	/	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CAPACIDAD FISICO-FUN- CIONAL INF. AL MINIMO	/	/	/	1	/	/	/	/	/	/	4
BAJGRADO TRANSVAGINAL TRANS 6 POST-COITO	/	/	/	/	/	/	/	3	/	/	/
GLUCEMIA EN AYUNAS > 116	1	/	4	3	/	/	/	/	/	/	/
A H F POSITIVO	1	3	1	1	1	1	1	1	1	/	/
ESTRES POSITIVO	1	/	1	2	/	/	/	/	/	/	1
edad	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PUNTAJE DE RIESGO	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4

* NULIGESTAS
** MULTIGESTAS > 4

NOTA: SUMAR UN PUNTO DE RIESGO A PARTIR DE LOS 46 Y HASTA 59 AÑOS.
SUMAR DOS PUNTOS DE RIESGO A PARTIR DE LOS 60 AÑOS
EXCEPTO PARA ETS.

- REQUERIMIENTO FISICO-FUNCIONAL "ELEVADO".

Por último, en este estrato entraron categorías con una postura predominante de pie o sentado, de predominio físico o en equilibrio físico-intelectual, estáticas o con movimiento pero con un requerimiento físico adecuado para el trabajo pesado.

Se procedió entonces a proponer estándares de requerimientos físicos-funcionales para cada uno de ellos, en los apartados de fuerza y movilidad muscular, órganos de los sentidos y funciones cerebrales básicas.

La detección de daños ya instalados se resuelve con un enfoque clínico tradicional, al cual se añade un énfasis en la detección temprana del padecimiento, apoyándose en datos o signos clínicos tempranos, en pruebas de tamizaje de laboratorio y en antecedentes que bajo el criterio de enfoque de riesgo indiquen la necesidad de referir al trabajador, aún con la "etiqueta" de sano a una unidad médica, para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica.

A continuación se resumen las características generales del examen médico periódico:

1. Realizado en el centro de trabajo, no en la unidad médica.
2. Examen de tamizado.
3. Enfoque de riesgo para profundizar el estudio y para canalizar al siguiente nivel de atención o para inscribir en el programa de control de factores de riesgo.
4. Búsqueda de:
 - Daño.
 - Discapacidad físico funcional frente a la categoría laboral.
 - Factores de riesgo.
5. Consta de once apartados, cinco de los cuales son autoaplicables (*).
6. Los apartados son:
 - I. Ficha de identificación.
 - II. Antecedentes heredo familiares *.
 - III. Antecedentes personales no patológicos *.

- IV. Antecedentes ginecoobstétricos *.
- V. Antecedentes personales patológicos *.
- VI. Antecedentes laborales (último período) *.
- VII. Padecimiento actual.
- VIII. Exploración física.
- IX. Capacidades físico-funcionales.
 - Movilidad y fuerza muscular.
 - Organos de los sentidos.
 - Tolerancia al ejercicio.
 - Funciones cerebrales básicas.
- X. Auxiliares de diagnóstico.
- XI. Diagnósticos.
 - Riesgos.
 - Capacidad físico-funcional.
 - Daño.

Para la aplicación del examen, se elaboró un manual de técnicas y procedimientos y un instructivo para el llenado de la cédula del examen. Se utilizan además un cuestionario especial para la determinación del grado de estrés al que esté sujeto el trabajador y otro para definir la tolerancia al ejercicio.

La definición de la capacidad físico-funcional obligó a la elaboración de una carta de estándares de las capacidades por estrato de familias laborales, para determinar la existencia de riesgo positivo y una carta que señale los límites a partir de los cuales las variables investigadas se consideran como un riesgo.

El programa ha sido ya probado en un estudio piloto realizado en 127 trabajadores de una terminal de embarques y reparto de la empresa en la ciudad de México. El estudio piloto requirió la aprobación y el apoyo de las autoridades correspondientes, el acondicionamiento del área física, la capacitación del personal y la adquisición del equipo necesario para transformar los consultorios de urgencias de los centros de trabajo en unidades médicas capaces de aplicar este tipo de examen (entre otros, espectrofotómetro para química seca, cartas de Snellen e Ishihara, equipo para la toma de citologías vaginales, etcétera). A partir de este estudio se ha asignado personal médico y de enfermería a quince centros de trabajo. Este personal se está capacitando para realizar el programa, lo que permitirá durante los siguientes doce meses examinar al menos 70% de las personas que laboran en la empresa, hasta cumplir con la meta de cubrir al 100% de los trabajadores y llevar a cabo en ellos anualmente un examen médico periódico.

RESULTADOS.

En la prueba piloto realizada durante la implementación del programa en 127 trabajadores, se encontró lo siguiente:

Para dos padecimientos (diabetes mellitus e hipertensión arterial), el antecedente heredo familiar prevalente fue mayor al 20%, referente al estilo de vida, el 44% registró un indicador positivo de dieta rica en carbohidratos, un 25.2% era sedentario y alrededor del 5% tanto para tabaquismo como para alcoholismo, tenían un consumo considerado como de alto riesgo (más de diez cigarrillos diarios en el primer caso y más de 30 gramos de alcohol diarios en el segundo).

En cuanto a los diagnósticos de riesgo (figura 3), casi el 60% resultó con riesgo para hipertensión arterial y el 55% para diabetes mellitus. Asimismo, hubo dos trabajadores que acumularon riesgos para ocho padecimientos. La moda de esta serie fue de cuatro factores de riesgo.

En lo que se refiere al número de diagnósticos efectuados, sólo en el 40% no se registró ningún padecimiento, aunque cabe aclarar que en el 60% restante, ninguno de los problemas detectados requirió la suspensión de labores por el trabajador.

Por otra parte, tampoco se encontró ninguna discapacidad físico-funcional que determinara la no aptitud laboral de algún sujeto, sin embargo se detectaron ametropías en alrededor de 20% de los individuos estudiados.

Aún cuando existen datos, que sugieren que la implementación de este tipo de programas, impactan en una mejora en los indicadores de salud de los trabajadores desde el primer momento de su aplicación⁽⁵⁾, es indispensable contemplar acciones concretas para las "salidas" del examen médico periódico.

En primer término, cualquier problema agudo detectado es atendido y en caso de que así lo requiera, es canalizado al siguiente nivel de atención. Asimismo, se captan y se registran los trabajadores que tengan un diagnóstico previo ya establecido, incorporándolos al Programa de Control de Enfermos Crónicos-Funcionales, el cual está diseñado para extender al máximo la vida productiva de estos trabajadores, sin detrimento de su calidad de vida y vigilando estrechamente que no ocurran sobrecargas que puedan agravar su enfermedad.

Por otra parte, este programa también contempla la reducción de las visitas que para control de rutina por su padecimiento, hacían anteriormente estos trabajadores a las unidades médicas, normándose su atención en la unidad médica de salud ocupacional en su mismo centro de trabajo.

Los trabajadores a los que no se les confirme ningún padecimiento activo, pero cuya evaluación los ubique como sujetos con un riesgo mayor al habitual para tener una o varias de las enfermedades blanco, serán incorporados al Programa de Control de Trabajadores con Factores de Riesgo, el cual será manejado por el personal de enfermería industrial, basándose fundamentalmente en la creación de una cultura de autocuidado en nuestros trabajadores, fundamentada en información, educación y consejo, sin descuidar una vigilancia periódica de las variables que están condicionando el riesgo.

Por último, los trabajadores aparentemente sanos y sin factores de riesgo son citados a su próxima revisión médica periódica según la reglamentación vigente para su categoría.

Es pertinente anotar que independientemente de las acciones específicas derivadas de la evaluación del proceso salud-enfermedad de cada trabajador por el examen médico periódico, existen programas colectivos de seguridad e higiene industrial y de educación para la salud, que se continúan aplicando en toda la empresa.

COMENTARIO.

En términos generales el examen médico periódico se define como un instrumento para verificar el estado de salud de una persona, mediante un conjunto de exámenes clínicos, de laboratorio y gabinete que detectan las alteraciones que tiene en su salud. El examen es útil para dar recomendaciones respecto a medidas inmediatas y referir al sujeto a diversos especialistas.

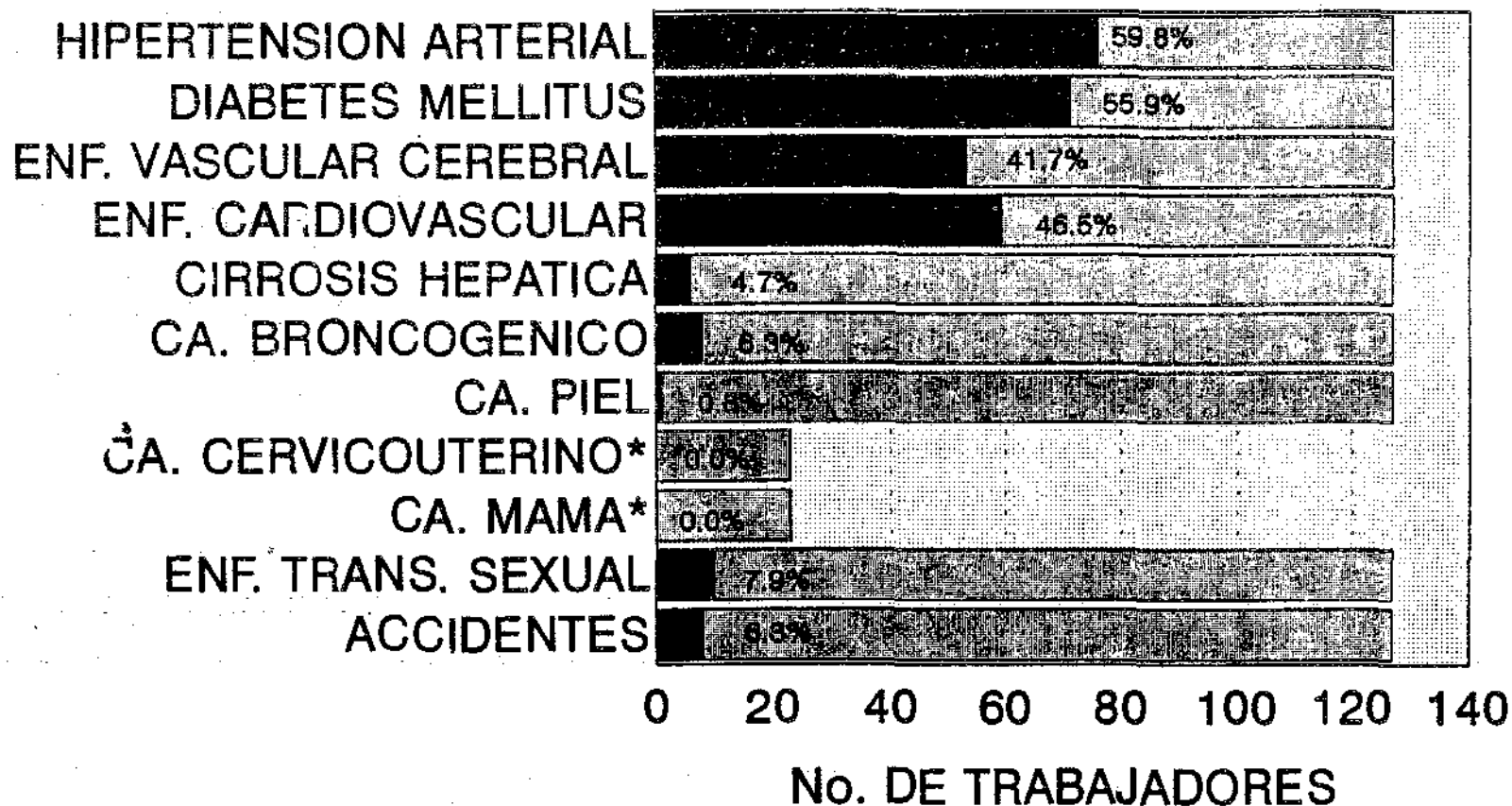
Cuando el examen periódico se realiza a grupos de trabajadores se dirige principalmente a la detección de enfermedades infecciosas, a la revisión de la preservación de las capacidades del individuo definidas en el examen de admisión, en relación con las actividades que desempeña y se recomienda investigar signos y datos de enfermedades ocupacionales⁽⁶⁾. Se trata de mantener una planta de trabajo sana con el fin de asegurar una óptima productividad al máximo costo-beneficio. Este enfoque limita los alcances del examen a la detección de daños ya instalados y orienta la toma de decisiones al "recambio del trabajador" en función de criterios maquinistas y eficientistas de costo-beneficio.

Esta cultura está sustentada en un panorama laboral propio del subdesarrollo en el cual se cuenta con un gran ejército de reserva de trabajo y la mano de obra requerida es de un nivel bajo de capacitación. Sin embargo, actualmente este escenario está cambiando. La reconversión y modernización industrial ha hecho que la necesidad de mano de obra altamente calificada se incremente aceleradamente, mientras que la reserva de la misma sigue siendo muy limitada.

DIAGNOSTICO DE RIESGO

TRABAJADORES DE LA TERMINAL DE EMBARQUES Y REPARTO DE AZCAPOTZALCO

V-69



■ POSITIVO ▣ NEGATIVO

EXAMEN MEDICO PERIODICO (PRUEBA PILOTO)

* SOLO MUJERES (23 CASOS)

Esto obliga, aún bajo estos criterios eficientistas, a cambiar la actitud ante la fuerza de trabajo. Esta coyuntura exige devolverle al trabajador su calidad humana y considerarlo no como una parte del activo fijo de la empresa, sino como el elemento fundamental de la misma.

El examen periódico que proponen los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, fija su atención en los factores de riesgo que tienen los trabajadores, en la prescripción de recomendaciones específicas para suprimir estos factores cuando esto es posible y en el seguimiento cuidadoso de las personas durante el tiempo que se requiera. Se busca la participación del trabajador en el cuidado de su salud para mejorar su calidad de vida y elevar en lo posible su esperanza de vida.

El estudio piloto demostró la factibilidad del programa, cuya instrumentación a tiempo real requiere una distribución coordinada de las actividades a nivel central y en las unidades aplicativas, las que a la fecha se encuentran en la fase de generalización en todo el sistema (figura 4). Es importante recalcar que al plantearse cambios no solo de forma, sino también de fondo, las repercusiones escapan del ámbito puramente técnico y requieren de acomodados en las esferas laboral y administrativa y, desde luego implican un esfuerzo de capacitación en el más amplio sentido de la palabra para producir cambios profundos en la actitud de funcionarios y trabajadores y sobre todo del personal de salud, que necesita información pertinente y actualizada y la adquisición de destrezas para la utilización de nuevas técnicas y equipos. El estudio de discapacidades físico-funcionales de los trabajadores, permitirá, cuando sea necesario, la reubicación del personal en otras áreas en las que el requerimiento físico-funcional sea menor.

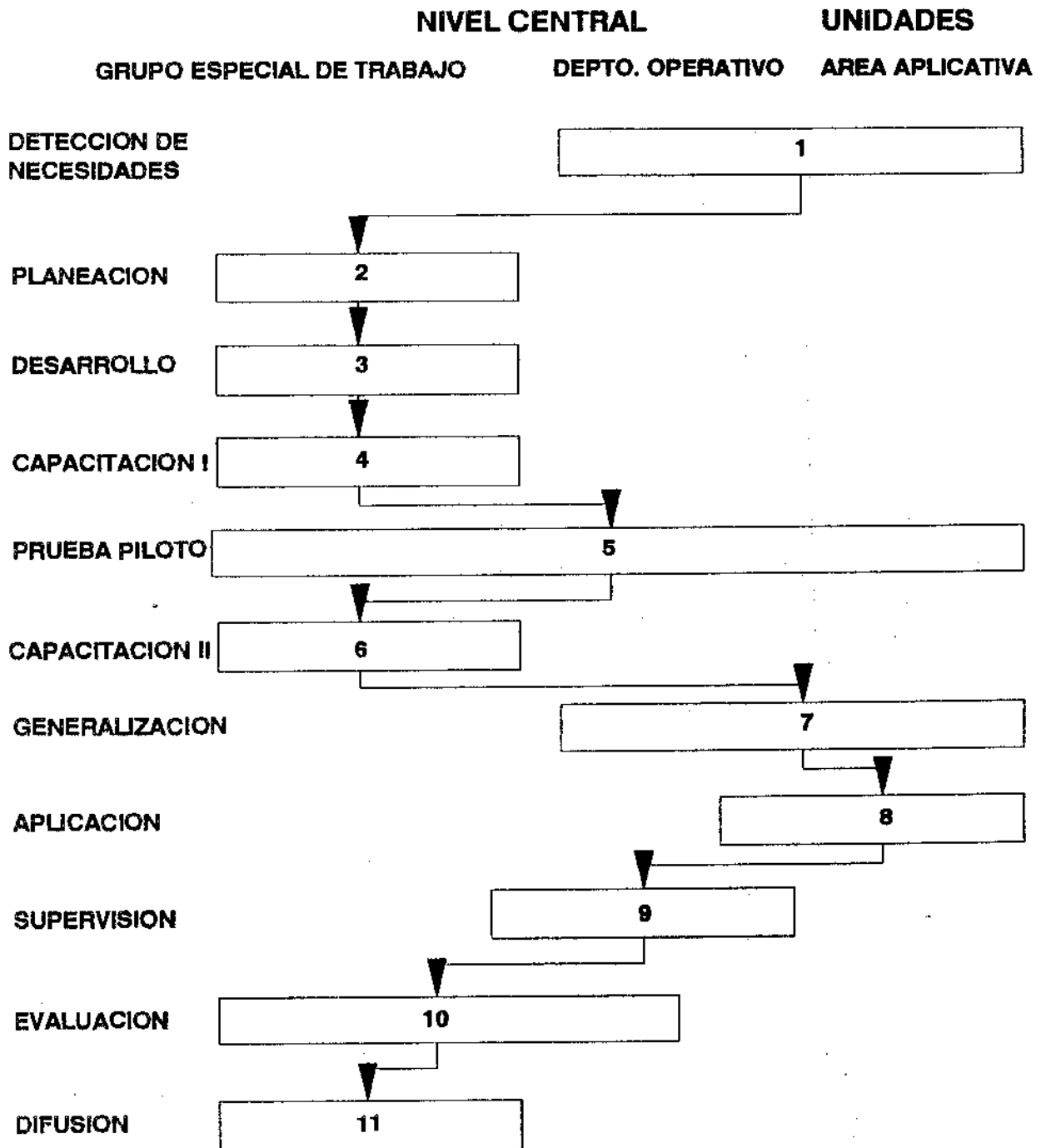
Por último, será necesario una revisión continua de los factores definidos como de riesgo y de los estándares asignados a los mismos, utilizando tanto los resultados del propio examen médico periódico como de algunas investigaciones prospectivas que se están realizando. Entre estas últimas tienen alta prioridad las encaminadas a determinar y cuantificar las asociaciones causales entre diversas características y condiciones del sujeto y la accidentabilidad. Recientemente hemos encontrado en un estudio prospectivo con testigos (datos no publicados) que de acuerdo con el análisis estadístico, pueden considerarse como factores de riesgo de accidentabilidad en los trabajadores de Petróleos Mexicanos, el antecedente de accidente laboral previo, la antigüedad en el puesto menor a sesenta días, un nivel de instrucción de primaria o menor y la situación laboral transitoria.

Estos datos deberemos incorporarlos a nuestra cédula de examen médico periódico de los trabajadores de la empresa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stilon De Piro M. Medical care of workers in. ILO: Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Parmeggiani L. (ed). Geneva, Switzerland, ILO, 1983; p. 1308-1310.
2. Pemex Contrato Colectivo de Trabajo 1991. México, D.F. Pemex/S.T.P.R.M. 1991.
3. Commission on Chronic Illnes: Chronic illines in the United States Vol. 1. Cambridge, USA. Common Wealth Fund, Harvard University press, 1957; p. 45.
4. US. Preventive Services Task force. Guide to clinical preventive services: AN assesment of the effectiveness of 169 interventions. Report of the US. Preventive Services Task Force. Baltimore, USA. William & Wikins, 1989.
5. Bly LJ, Jones C:R:, Richardson EJ. Impact of worksite health promotion on healt care costs and utilization. Evaluation of Johnson & Johnson's Live form Life program. JAMA 1986; 256: p. 3235-3240.
6. Catilina P, Medical eximination of workers in ILO. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Parmeggiani L. (ed). Geneva, Switzerland. ILO, 1983; p. 1308-1310.

**FIGURA No. 4
FLUJO DE APLICACION DEL PROYECTO**





**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

**DR. FRANCISCO ALARCON NAVARRO
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE
SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL DEL IMSS**

3 DE AGOSTO DE 1993.

SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia está considerada como una etapa de maduración con profundos cambios biológicos signados por la aparición de capacidad reproductiva y el desarrollo pondoestatural. Por otra parte, en el terreno psicológico, se constituye la personalidad y socialmente se aceleran los procesos de ideosocialización mediante los cuales se adoptan las normas que la sociedad establece como deseables.

Bajo esta dinámica de riesgo bio-psico-social en la que el adolescente debe vivir su cuerpo, conformar su personalidad e integrarse a su sociedad, se presentan daños que pueden agruparse en diferentes categorías. Dentro de ellas, se distinguen aquellas que atañen al ejercicio de la sexualidad, como son las enfermedades de transmisión sexual; las que involucran a la reproducción como el embarazo no deseado, el aborto inducido y el recién nacido de alto riesgo. En lo correspondiente a su problemática psicosocial -en la cual media el acceso a ciertas subculturas- se tiene a la delincuencia, la drogadicción, el suicidio, la prostitución y las toxicomanías.

Como en todas las condiciones morbosas, la patología deriva de múltiples factores de riesgo que están íntimamente asociados con la forma de vida de la población. Por lo tanto, la solución de los problemas de salud generalmente requieren de acciones integrales que se anticipen al daño y palien sus consecuencias.

Con la finalidad de incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños, es necesario identificar factores comunes que obedezcan a formas de vida. Un factor común en la problemática del adolescente y que lo expone a diferentes riesgos, es el relacionado con sus deficientes procesos de toma de decisión. En ellos, participan, además de rasgos de personalidad que los hacen propensos a la adopción de conductas de riesgo, algunas condiciones desfavorables del contexto psicosocial en el que se desenvuelven los adolescentes y el fácil acceso a grupos marginales.

La interrogante de ¿cómo acceder en forma oportuna a una población adolescente para que su tránsito por esta edad sea sin problema?, es algo que la sociedad entera debiera cuestionarse, ya que los problemas de la juventud son probablemente el síntoma de una sociedad que requiere transformaciones profundas en la distribución equitativa de la riqueza, en sus normas culturales, en los valores humanos y en la justicia social en general.

Las situaciones ambivalentes de una sociedad contribuyen, como probablemente ninguna otra causa a crear problemas en el comportamiento de la población. La dependencia y el aislamiento de la realidad tan celosamente guardada en la infancia, contrasta con la independencia y la objetividad que se requieren del hombre

adulto. La doble moralidad entre los sexos, que resulta permisiva sexualmente para el hombre y restrictiva para la mujer, así como las profundas desigualdades socioeconómicas entre los estratos de la población, conllevan a crear la desorientación y la rebeldía en los adolescentes, dando origen a situaciones propicias que capitalicen intereses socioeconómicos y grupos marginales para inducir a los adolescentes al consumismo, el ejercicio sexual sin restricciones, a la drogadicción y a la delincuencia.

Esta problemática de la población adolescente se ve magnificada por el hecho de que demográficamente se ha disminuido la fecundidad y la pirámide de población acusa ya un estrechamiento en su base. De tal forma que, el número elevado de infantes nacidos con anterioridad a la transición demográfica, se ha desplazado hacia los grupos preescolares y escolares, al grado que en los noventa el grupo etáreo de mayor peso demográfico será el adolescente.

Para el proyecto moderno de la sociedad mexicana, caracterizado por el ahorro en la mano de obra; por una mayor escolaridad; por la incorporación de la mujer al trabajo remunerado; por el costo creciente de los hijos y por una mayor apertura al comercio y al turismo internacionales, resulta impostergable abordar a la población adolescente mediante estrategias enfocadas a promover la salud en los aspectos psico-sociales, sexuales y reproductivos.

En este sentido, el programa dirigido a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Instituto Mexicano del Seguro Social privilegia los aspectos demográficos de salud y de bienestar, porque en ellos se enmarcan las principales líneas de acción y se delimitan los principales servicios de la seguridad social mexicana.

Se debe admitir que no existen fuentes específicas de datos que brinden un panorama nacional que muestre las condiciones de la salud sexual y reproductiva del adolescente. Sin embargo con el objeto de integrar tal información se utilizan los Censos de Población y Vivienda de 1970 y 1990; así como las encuestas Nacionales de Fecundidad (1976); de Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad y Mortalidad (1979); la Demográfica (1982) y la de Fecundidad y Salud (1987) de las cuales se pueden obtener los resultados y conclusiones siguientes:

IMPORTANCIA CRECIENTE DE LA POBLACION ADOLESCENTE.

Durante el régimen de fecundidad natural el mayor peso de los grupos infantiles hacía que los servicios de salud y bienestar se enfocaran a la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vivienda y servicios públicos. Paralelamente, los servi-

cios hospitalarios prácticamente se convertían en maternidades y los padecimientos más frecuentes eran los infecciosos agudos con un trasfondo de desnutrición.

Con la transición demográfica y epidemiológica, las necesidades emergentes corresponden a las manifestadas por los grupos etáreos de mayor edad. Así, cobra mayor importancia la educación, el empleo, el ingreso y la recreación. En tanto que los servicios de atención médica poco a poco van experimentando el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas, los trastornos psicosociales y los accidentes.

Al inicio de la década de los setenta la población mayoritaria del país estaba representada por los menores de 10 años; posteriormente al inicio de los noventa, la población mayoritaria correspondió a los grupos de 5 a 14 años; de tal manera que en los diez años previos al año 2000 los adolescentes constituirán el grupo de mayor peso demográfico. Por otra parte, en 1990 la población adolescente representó el 25% de la población total con 20.1 millones de habitantes, en tanto que los 4.9 millones de las adolescentes constituyeron el 23.5% de las mujeres en edad fértil.

Es así que la dinámica demográfica condiciona en gran parte las prioridades en salud y seguridad social. Los logros en salud obstétrica, perinatal y de la niñez alcanzados mediante los programas de control prenatal, atención hospitalaria del parto, planificación familiar, vacunación universal, control de las enfermedades diarreicas y respiratorias y vigilancia del menor de cinco años, plantean nuevos retos, en los que la participación integral de los servicios de salud y bienestar social son más ingentes.

CARACTERISTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS DE LA POBLACION ADOLESCENTE.

En un estudio realizado en las áreas metropolitanas de la Ciudad de México se analizó la menarca en las cohortes de mujeres según grupo de edad al momento de la entrevista. Los datos evidenciaron un "rejuvenecimiento" en la maduración sexual, ya que las mujeres de 40 años y más tuvieron su menarca a los 13.8 años mientras que las adolescentes la tuvieron a los 12.5 años. De igual forma el inicio de la vida sexual es cada vez más temprano ya que las mujeres de 40 años y más lo hicieron a los 23.5 años y las de 20 a 24 la iniciaron a los 18.6 años de edad.

A nivel nacional, la prevalencia de inicio en las relaciones sexuales en los adolescentes es del 38.3% en los hombres y de 5.4% en las mujeres. La edad para comenzar a tenerlas es a los 15.5 años en los hombres y a los 16.5%¹ en las mujeres.

La incidencia de hijos nacidos premaritalmente prácticamente se duplicó entre 1976 y 1987, ya que de un 16.9% en 1976 pasó a un 26.8% en 1982 y a un 34.6% en 1987.

La prevalencia de unión en las adolescentes según la encuesta de 1987, mostró que el porcentaje de mujeres alguna vez unidas maritalmente fue del 6% a los 15 años y ascendía paulatinamente hasta alcanzar el 38.9% a los 19 años. La edad promedio a la primera unión en las mujeres de 15 a 19 años fue de 14.6 y 16.5 años respectivamente². Al parecer esta edad ha permanecido sin grandes cambios³, ya que de 1976 a 1987 el rango de variación ha estado entre los 14.6 y 16.5 años.

El intervalo protegenésico según la encuesta de fecundidad y salud que comprende el período entre la unión y la llegada del primer hijo es de 1.2 años en las mujeres de 15 años y de 0.7 años en las que han terminado su adolescencia.

La fecundidad de las mujeres adolescentes ha disminuido de 126 nacimientos por cada mil mujeres en 1970 a 102 en 1980 y a 84 en 1986. El porcentaje de decremento es del 19% entre 1970-1980 del 17.6% entre 1980-1986 y del 33.3% entre 1970-1986. Como resultado de una mayor disminución de la fecundidad en las mujeres de grupos etáreos más elevados la participación relativa de las adolescentes en la fecundidad general se ha incrementado y de representar el 9.3% en 1970 pasó al 11.0% en 1986.

Según el indicador demográfico de promedio de hijos nacidos vivos, se tiene que la fecundidad acumulada de las adolescentes entre 1976 y 1987, fue la misma hasta los 18 años, ya que ambos grupos de mujeres llegaban a esta edad con 1.1 hijos en promedio. A pesar de lo anterior, el ascenso ha sido más paulatino en los últimos años, probablemente debido a un efecto combinado de menos embarazos y mayores espaciamientos entre los hijos. En 1976, una

1. Encuesta de CONAPO, realizada en 1988 en estudiantes de 14 a 30 años de edad.

2 Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987.

3 Encuesta Mexicana de Fecundidad (1976); Encuesta Nacional Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad y Mortalidad (1979); Encuesta Nacional Demográfica (1982) y la Encuesta de Fecundidad y Salud (1987).

adolescente de 15 ó 16 años tenía 0.3 y 0.7 hijos respectivamente, mientras que en 1987 para estas mismas edades las cifras se habían reducido a 0.1 y 0.4 hijos, lo cual marca una diferencia importante en la paridad de las adolescentes más jóvenes. Finalmente, las mujeres que terminaban su adolescencia en 1976 lo hacían con 1.4 hijos en tanto que en 1987 finalizaban con 1.1 hijos.

Con los datos anteriores, el comportamiento sexual y reproductivo de la población adolescente puede resumirse diciendo que a una maduración sexual más temprana, le ha correspondido un ejercicio sexual cada vez más precoz, acompañado de un incremento en los hijos premaritales y con una nupcialidad que al final de la adolescencia alcanza a cuatro de cada 10 mujeres. De esta manera, las parejas no difieren la llegada de su primer hijo pero han logrado abatir su fecundidad acumulada durante la adolescencia.

Para la explicación de lo anterior, se puede decir que los programas de planificación familiar han tenido importantes logros en el número y espaciamiento de los hijos pero tienen serias limitaciones para lograr diferir el primer embarazo. En caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, los adolescentes conservan sus derechos de atención médica solamente que continúen estudiando. Si las mujeres inician vida marital y no son trabajadoras o esposas de trabajadores asegurados pierden sus derechos. De tal forma, que gran parte de la población con alto riesgo no es derechohabiente o pierde sus derechos en los momentos que reproductivamente más los necesita. Por otra parte, las mujeres que conservan la prestación médica, generalmente acuden a la institución por un evento obstétrico, situación que permite que los servicios de anticoncepción posparto, postaborto y transcesárea, promuevan su ingreso al programa de salud reproductiva y lograr abatir su fecundidad futura.

ASPECTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En 1988 un estudio sobre los adolescentes residentes en dos zonas de la Ciudad de México, encontró que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual fue 35.8% en las mujeres y de 32.8% en los hombres. Los métodos usados eran de baja efectividad (ritmo, retiro, óvulos, jaleas, espumas y preservativos) en el 80.9% de las mujeres y en el 88.3% de los hombres. Otra investigación realizada en las tres principales zonas metropolitanas del país, encontró que el porcentaje de uso entre los adolescentes, se duplicó en 12 años ya que en 1976 representaba el de 14.2% y en 1987 fue de 30.2%.

En el estudio de 1988 las razones de no uso obedecieron al desconocimiento de los métodos anticonceptivos, a la falta de planeación en las relaciones sexuales, al deseo de embarazo y a dudas sobre la potencia fértil (no creía embarazar o

embarazarse). Por otra parte, la forma de uso de los anticonceptivos es inadecuada en una gran proporción de los casos y más de la mitad de los adolescentes tienen percepciones negativas acerca de la efectividad de los métodos que emplean, en este mismo sentido el 20.9% y 30.3% de los adolescentes tienen opiniones ambivalentes acerca del preservativo y el ritmo.

El programa de salud reproductiva en adolescentes retoma la evidencia de los datos anteriores para favorecer un proceso libre, responsable e informado en la toma de decisiones en fecundidad. Las fases de dicho proceso se inician con el reconocimiento de la potencialidad fértil, continúan con la deliberación entre las ventajas y desventajas de un embarazo siguen con la información acerca de los costos de regulación anticonceptiva y finalizan con la visualización de las posibles repercusiones de determinada decisión. Estas etapas se identifican así porque ejemplifican las características de la decisión "libre, responsable e informada" que se consagran en la Constitución Mexicana.

Con el objeto de hacer efectivo este mandato constitucional, el Programa de Planificación Familiar del IMSS establece sesiones educativas donde se informa al adolescente de su potencialidad fértil, se le brinda consejería para la deliberación de las ventajas y desventajas de un embarazo mediante el enfoque de riesgo reproductivo. Además, se informa sobre los diferentes métodos anticonceptivos según su efectividad, forma de uso, efectos colaterales y posibles complicaciones. Finalmente y de acuerdo a las condiciones psicosociales que vive el adolescente se hace una reflexión relacionada con las repercusiones de su ejercicio sexual y reproductivo.

ASPECTOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL.

Existe un elevado desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual aún en aquellos adolescentes que han recibido pláticas sobre sexualidad. El porcentaje de desconocimiento sobre la sífilis es del 40.7% de los hombres y del 63.3% de las mujeres, en tanto que para la gonorrea es de 42.5% y 29.9% en los mismos sexos. La enfermedad con más alto porcentaje de desconocimiento en el estudio realizado en la Ciudad de México durante 1988⁴ fue el herpes, donde más del 90% de los hombres y las mujeres reconocieron desconocer su forma de transmisión.

4 Estudio de parejas realizado en el Distrito Federal durante 1987 por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar.

La morbimortalidad en la madre adolescente ha sido un tema de discusión todavía no resuelto. La asociación positiva inicialmente reconocida, ha desaparecido al controlar aspectos como la situación socioeconómica de las mujeres, la primigravidez y la calidad del control prenatal, con lo cual, más que validar los aspectos biológicos de la edad, se refuerza el hecho de que la pobreza, el escaso o tardío control prenatal y la condición de primigravidez asociada a toxemia gravídica, son las condiciones que llevan a las mujeres a una mayor morbimortalidad. Según los registros del Comité de Mortalidad Materna del IMSS, las tasas según grupos de edad durante los años de 1982 a 1984 mostraron la característica forma de "J", donde las adolescentes y las mujeres mayores de 30 años experimentaron la mayor mortalidad. Posteriormente, durante el trienio 1988-1990, esta morfología cambió a una curva exponencial en la que la mortalidad más baja correspondió a las adolescentes. Coincidente con lo anterior, se aplicaron en forma más exhaustiva los Programas de Planificación Familiar y de Atención Materno Infantil con el enfoque de riesgo reproductivo y obstétrico que pudieron contribuir al cambio en las características de la curva.

De acuerdo con el estudio realizado por el IMSS en 1987 con población derechohabiente de las áreas metropolitanas, las madres adolescentes tienen un cincuenta por ciento más de probabilidad de tener un hijo de bajo peso al nacer. Sin embargo, su mortalidad perinatal fue la más baja con 16.5 defunciones por 1,000 nacimientos debido a que su condición socioeconómica y la atención médica de que fueron objeto, no resultó desventajosa frente al resto de mujeres. Por otra parte, no se tuvieron nacimientos de madres excesivamente jóvenes, menores de 15 años en las cuales se reconoce un exceso de mortalidad perinatal.

Los resultados anteriores muestran que la situación de la madre adolescente está lejos de significar un problema biológico y más cerca de representar un problema sociomédico asociado a la desnutrición, la deficiente atención prenatal y la escasa calidad de los servicios en el manejo de la toxemia gravídica y la primigravidez.

CONCLUSIONES.

El panorama hasta ahora mencionado requiere de una amplia participación de la sociedad; sin embargo, el IMSS cuenta con servicios de salud y bienestar que permiten apoyar el proceso correspondiente a la toma de decisiones del adolescente. Para el apoyo en el mejoramiento de ciertos rasgos de su personalidad, se cuenta con las actividades deportivas, culturales, educativas y recreativas de los Centros de Seguridad Social. En ellos, se planea conjuntar acciones para impartir cursos sobre sexualidad y

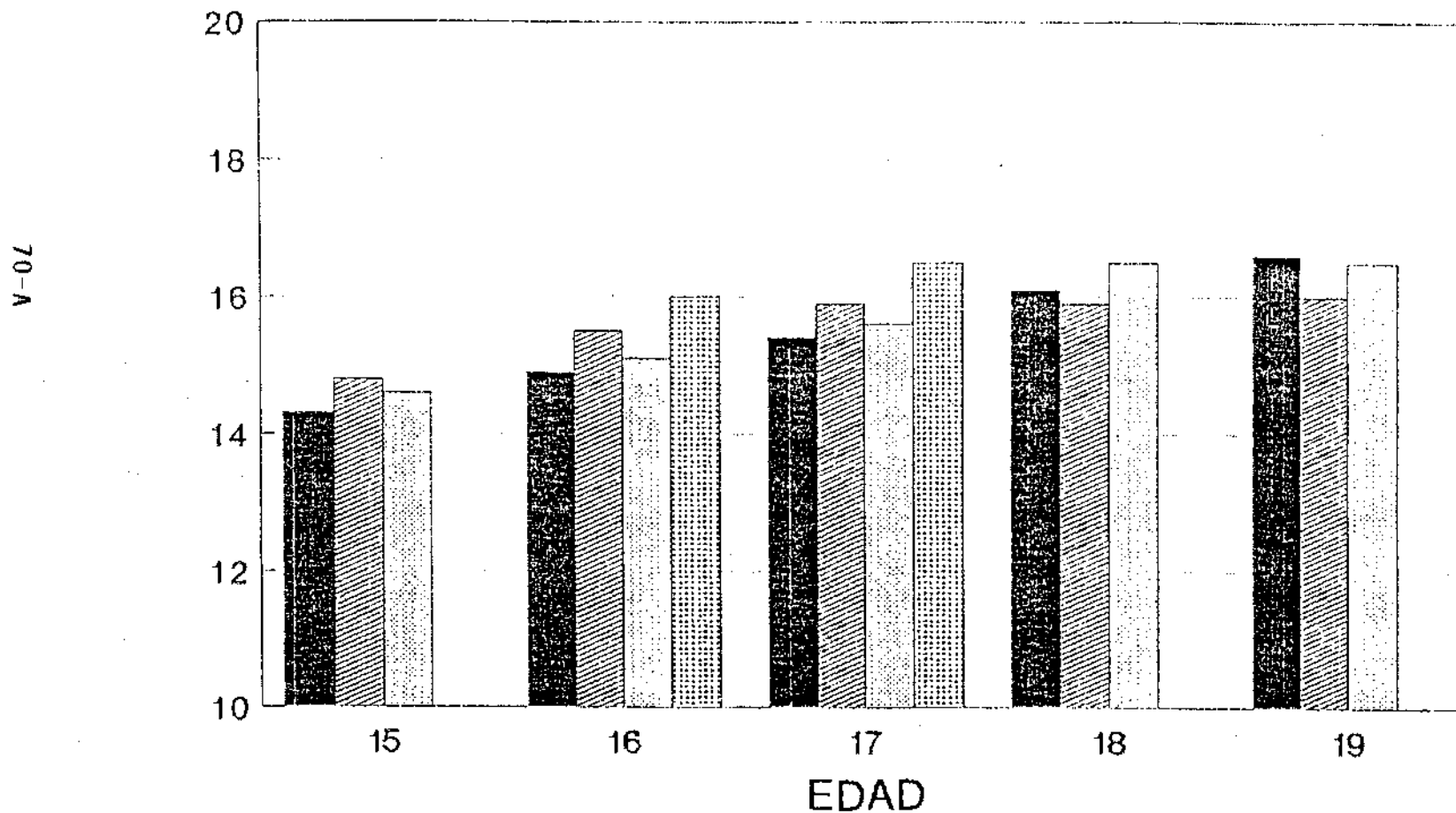
perspectiva de género, con los cuales los adolescentes pueden estar en condiciones de reconocer sus factores de riesgo sexual y reproductivo, tanto en el aspecto psicosocial derivado de su autoestima, asertividad y control de sus actos, como en el aspecto sociofamiliar de relaciones de pareja alteradas y estrés intrafamiliar. Existen, además, materiales específicamente diseñados para ellos sobre promoción, consejería y capacitación.

En lo referente a la prevención de la gestación premarital, el embarazo no deseado y el aborto inducido, se cuenta con los servicios de planificación familiar integrados a todos los niveles de atención médica del Instituto. A ellos pueden ser referidos los adolescentes desde los Centros de Seguridad Social, los servicios de salud y la comunidad en general.

Para la prestación de servicios a la población adolescente, el personal del Instituto ha sido capacitado con cursos de orientación sexual desde hace 14 años y en riesgo reproductivo desde 1983.

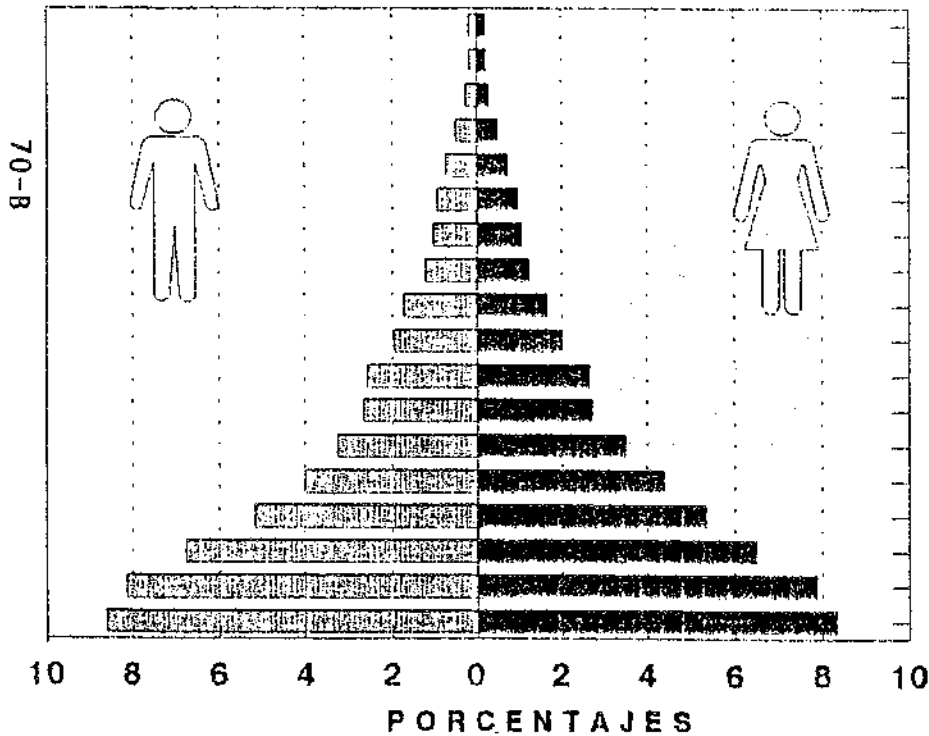
Finalmente, para la atención del embarazo adolescente, existen los servicios de atención materno infantil en los cuales se hace la detección, prevención, referencia, contrarreferencia y seguimiento del embarazo, en el cual se busca finalizar el evento obstétrico con la aplicación de un método anticonceptivo promovido durante el control prenatal. Subsecuentemente, las madres adolescentes se canalizan con la enfermera del servicio materno infantil para la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, donde se enfatiza la lactancia materna y el espaciamiento de los hijos.

EDAD A LA PRIMERA UNION MEXICO 1976, 1982 y 1987

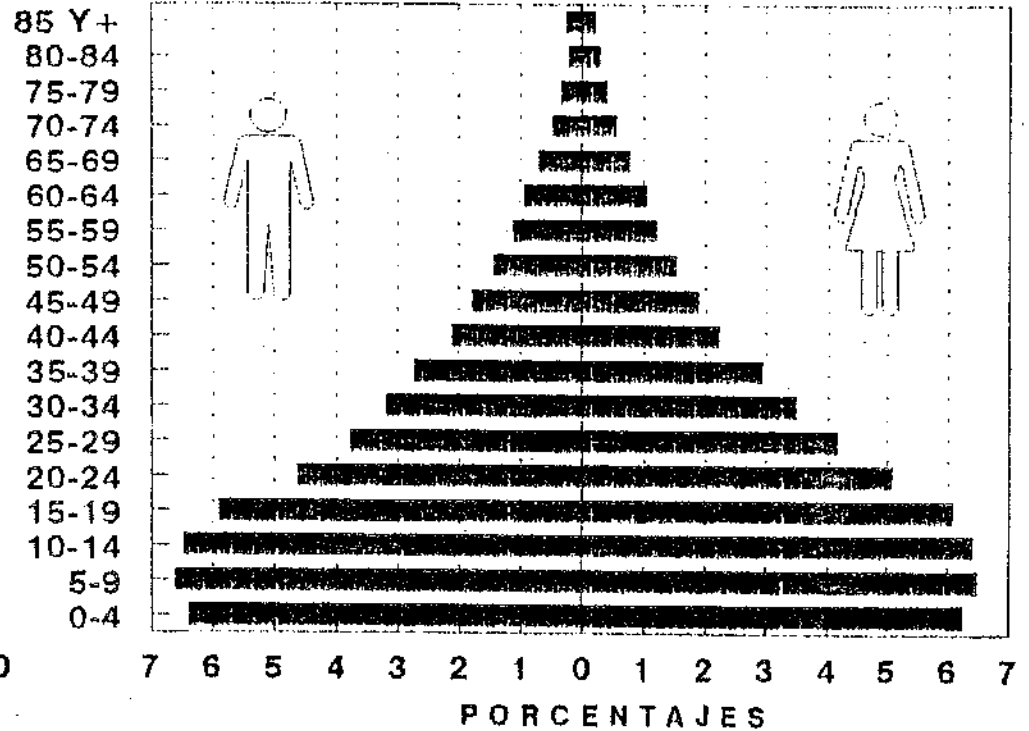


PIRAMIDE DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

1970



1990

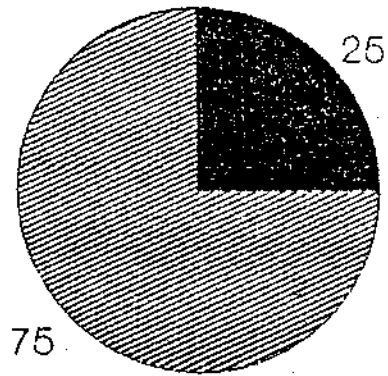


ADOLESCENTES

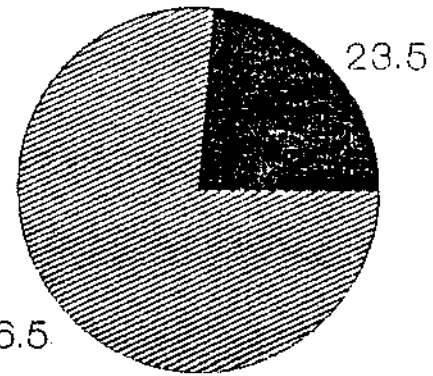
HOMBRES Y MUJERES

MUJERES

70-C

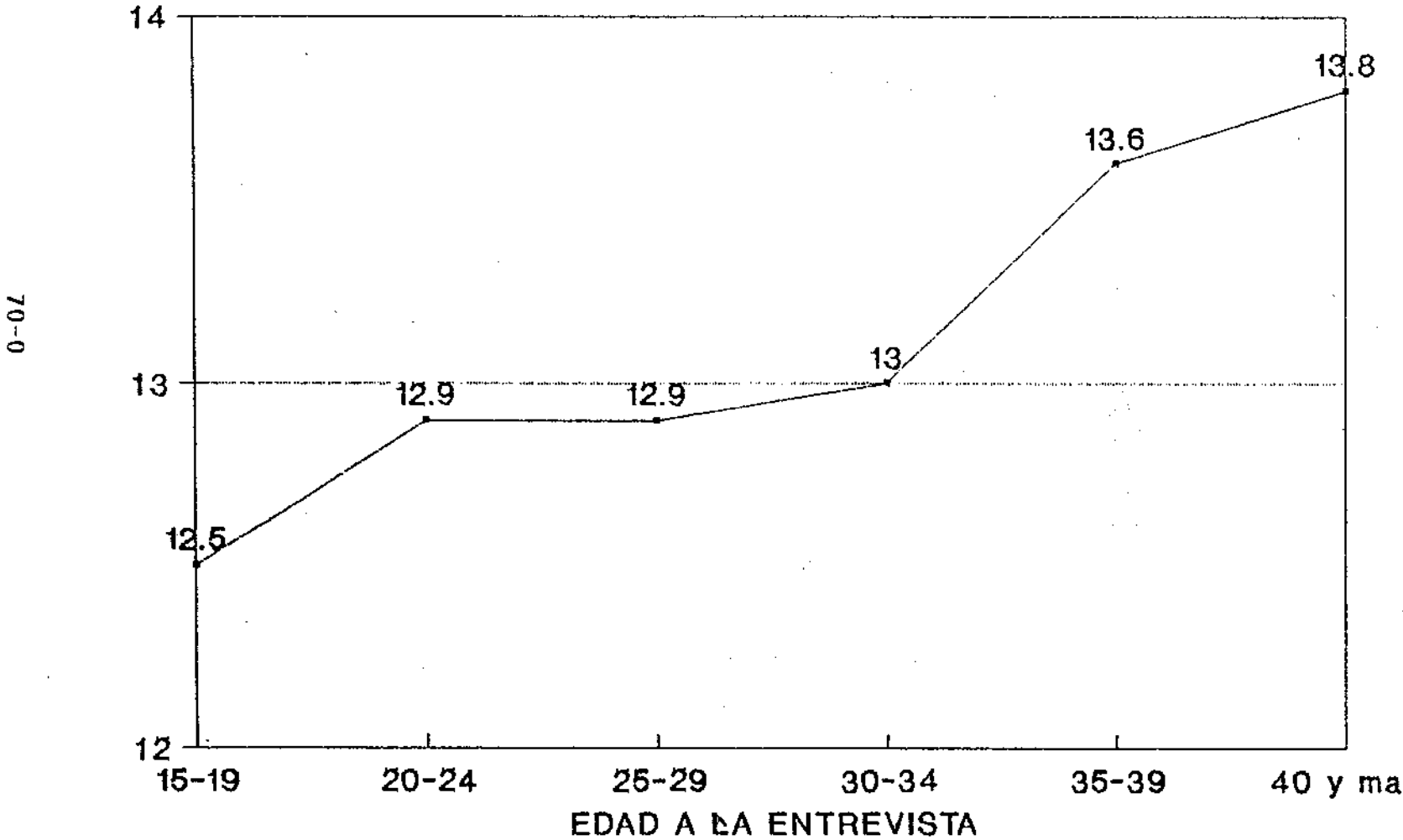


POBLACION TOTAL

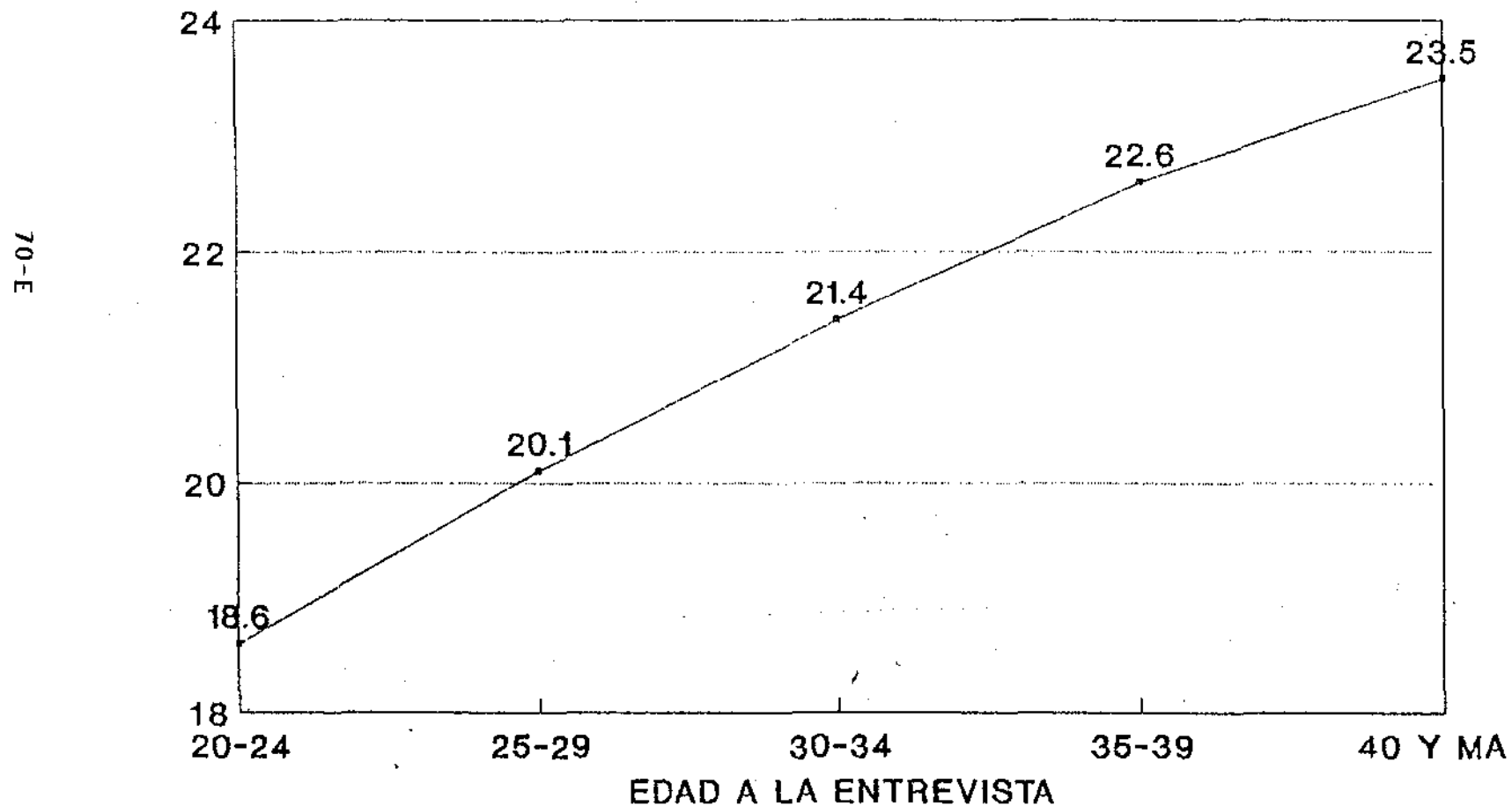


MUJERES EN EDAD FERTIL

EDAD DE LA MENARCA

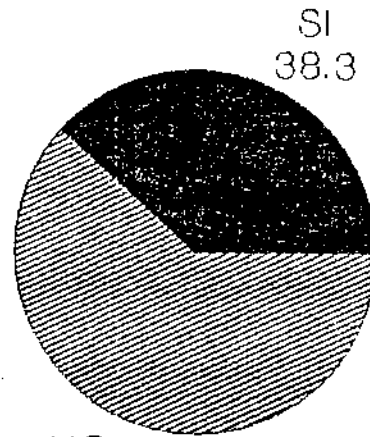


EDAD AL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

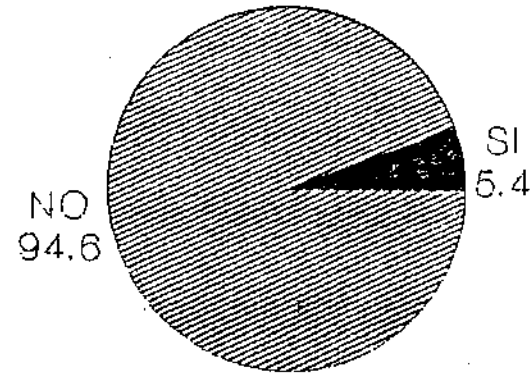


INICIO DE RELACIONES SEXUALES

70-F



NO
61.7
HOMBRES



MUJERES

EDAD AL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

70-6



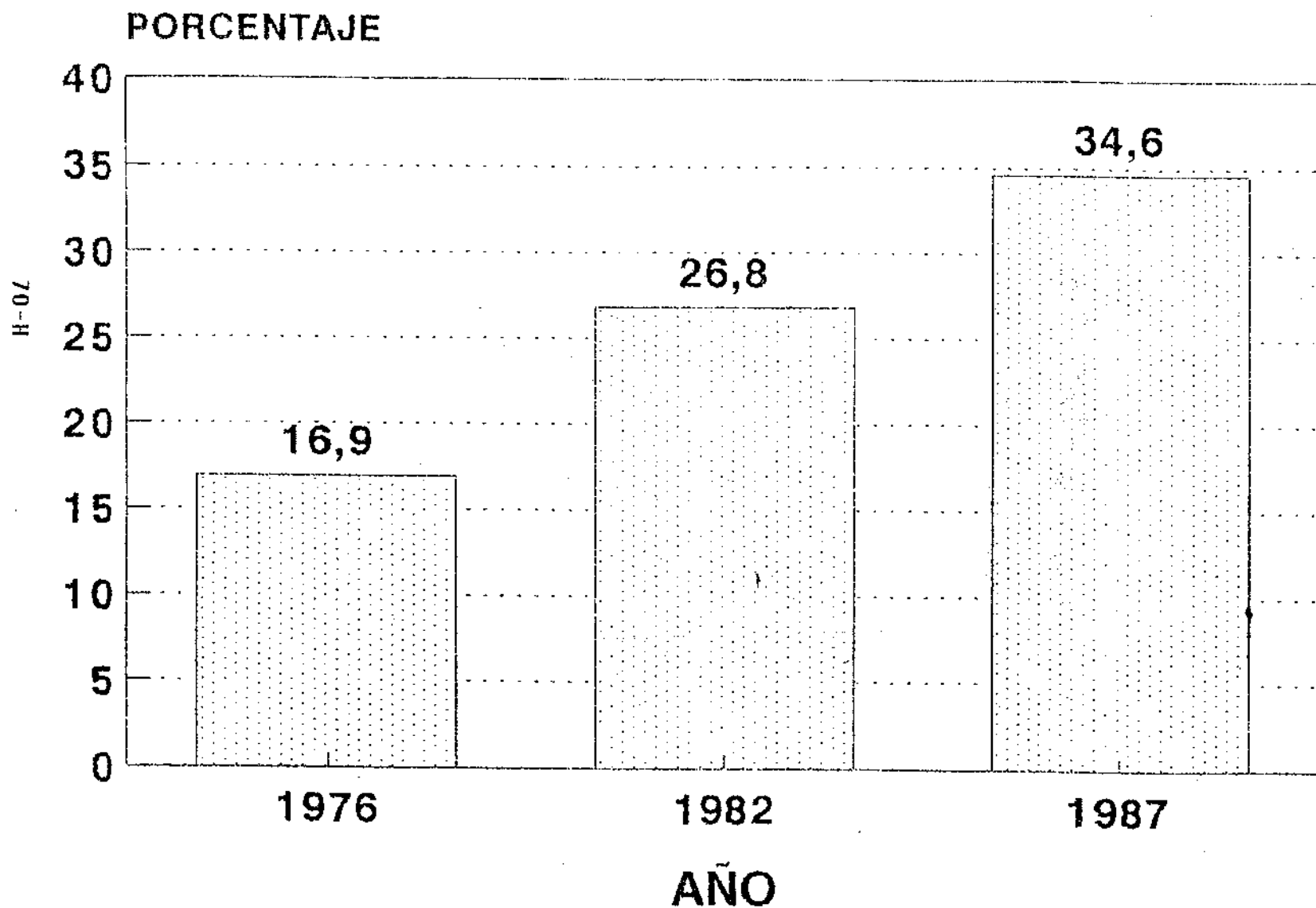
15.5



16.5



HIJO PREMARITAL EN ADOLESCENTES MEXICO 1976, 1982 Y 1987



EDAD A LA PRIMERA UNIÓN EN LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS

70-1



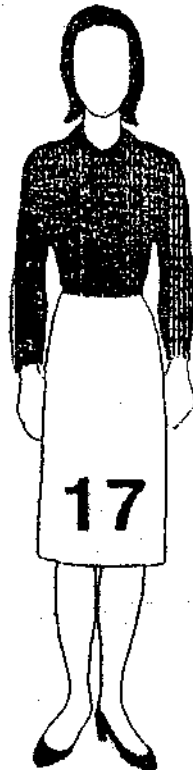
15

14.6



16

15.1



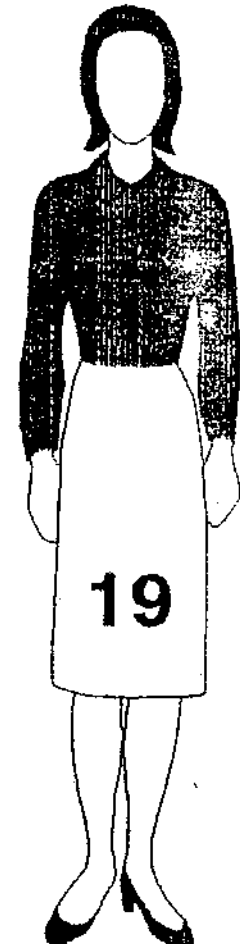
17

15.6



18

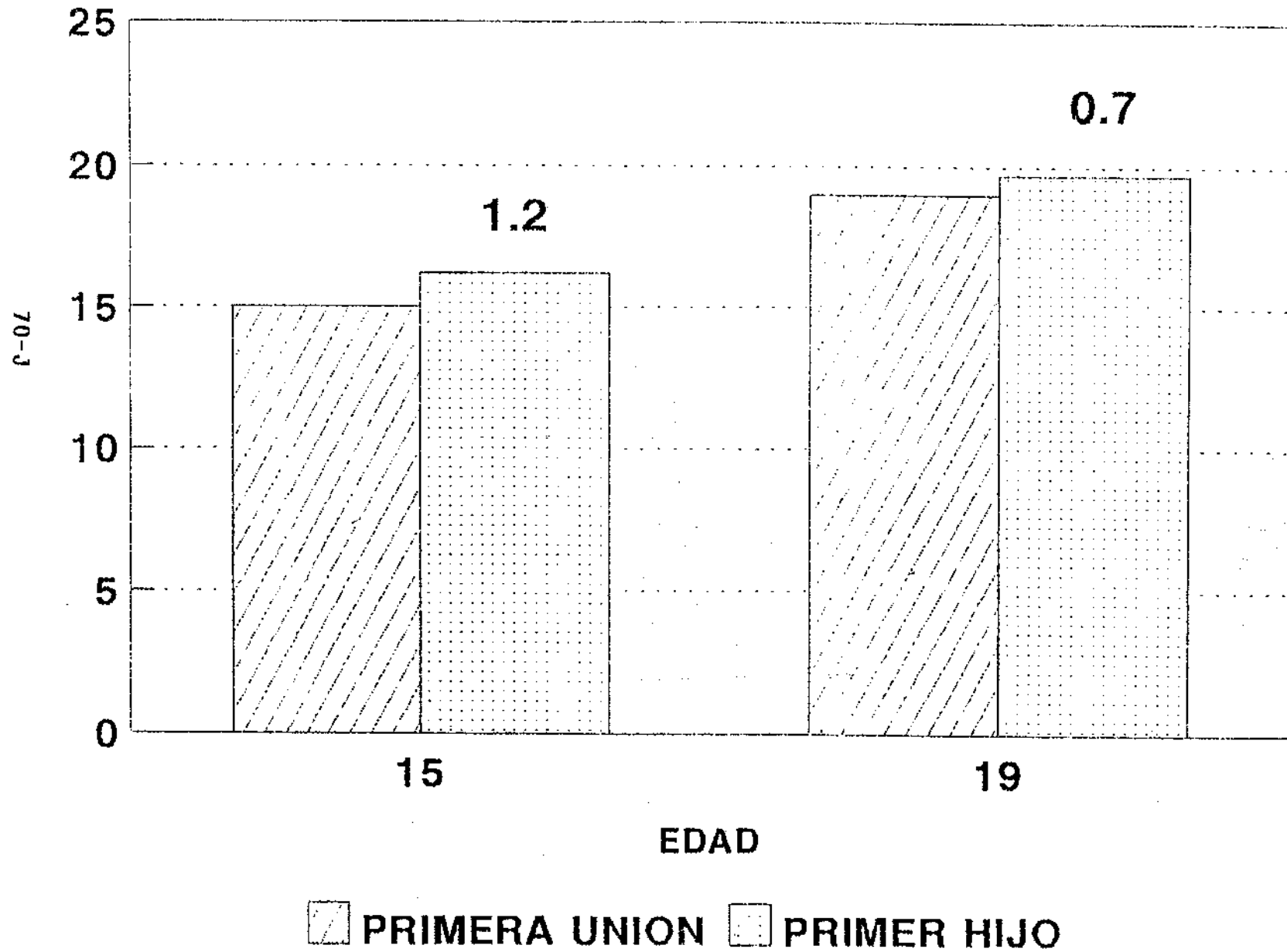
16.5



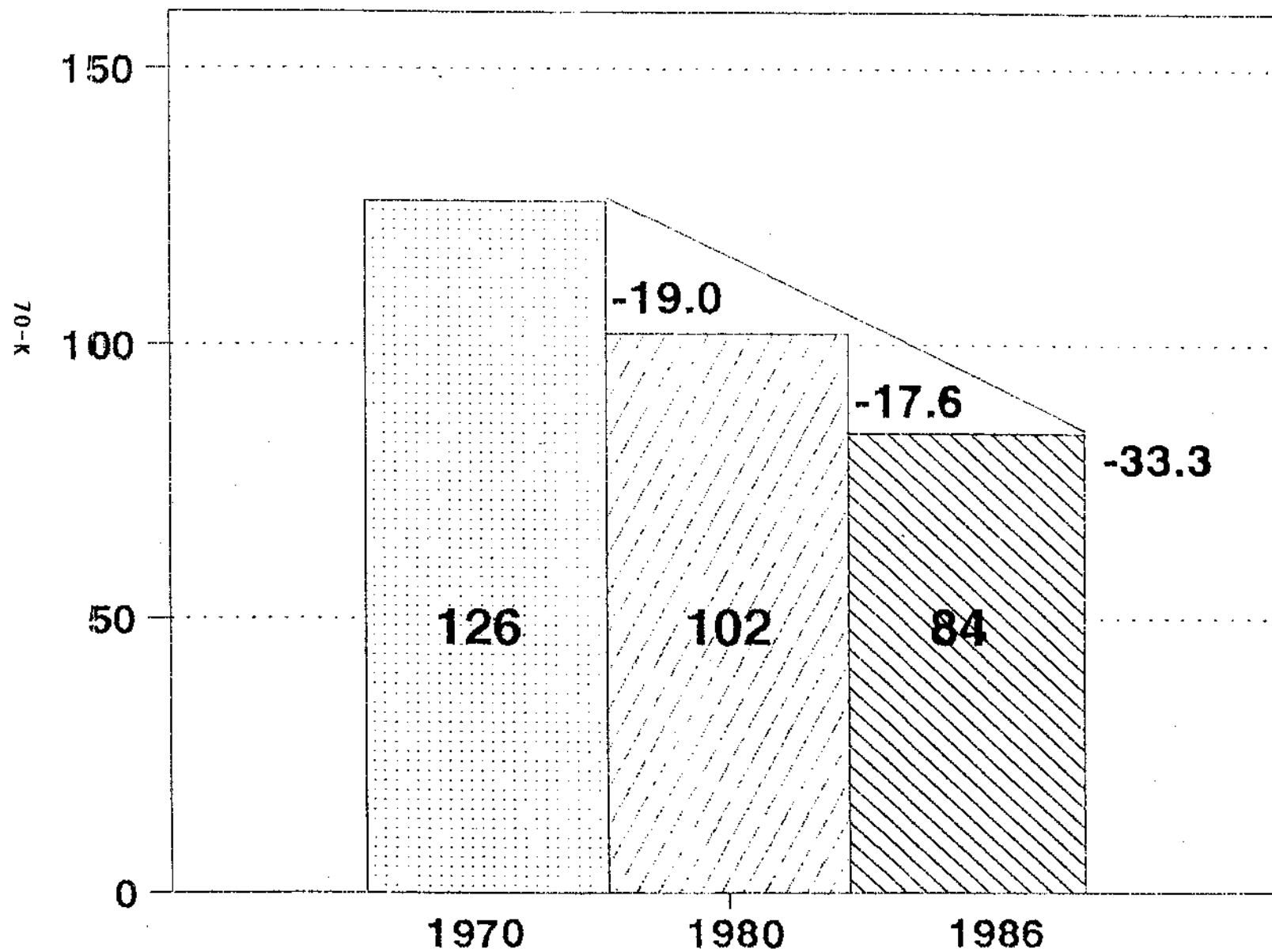
19

16.5

INTERVALO PROTOGENESICO

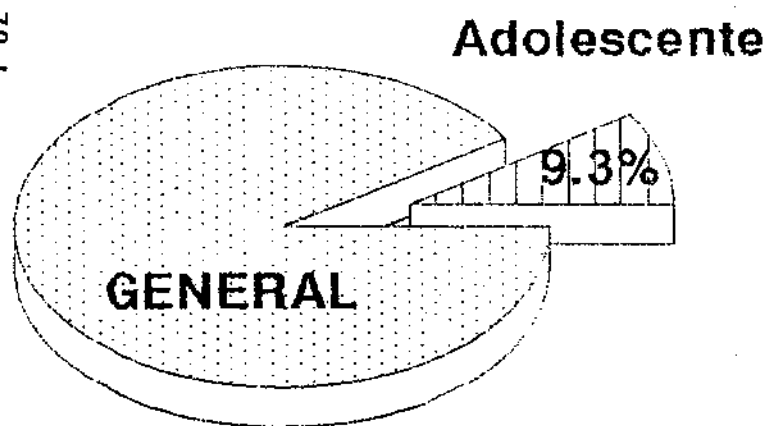


FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

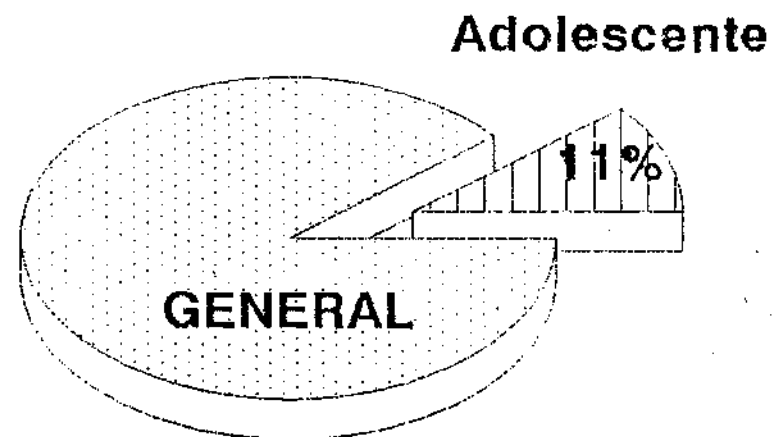


FECUNDIDAD PROPORCIONAL EN LOS ADOLESCENTES

70-1

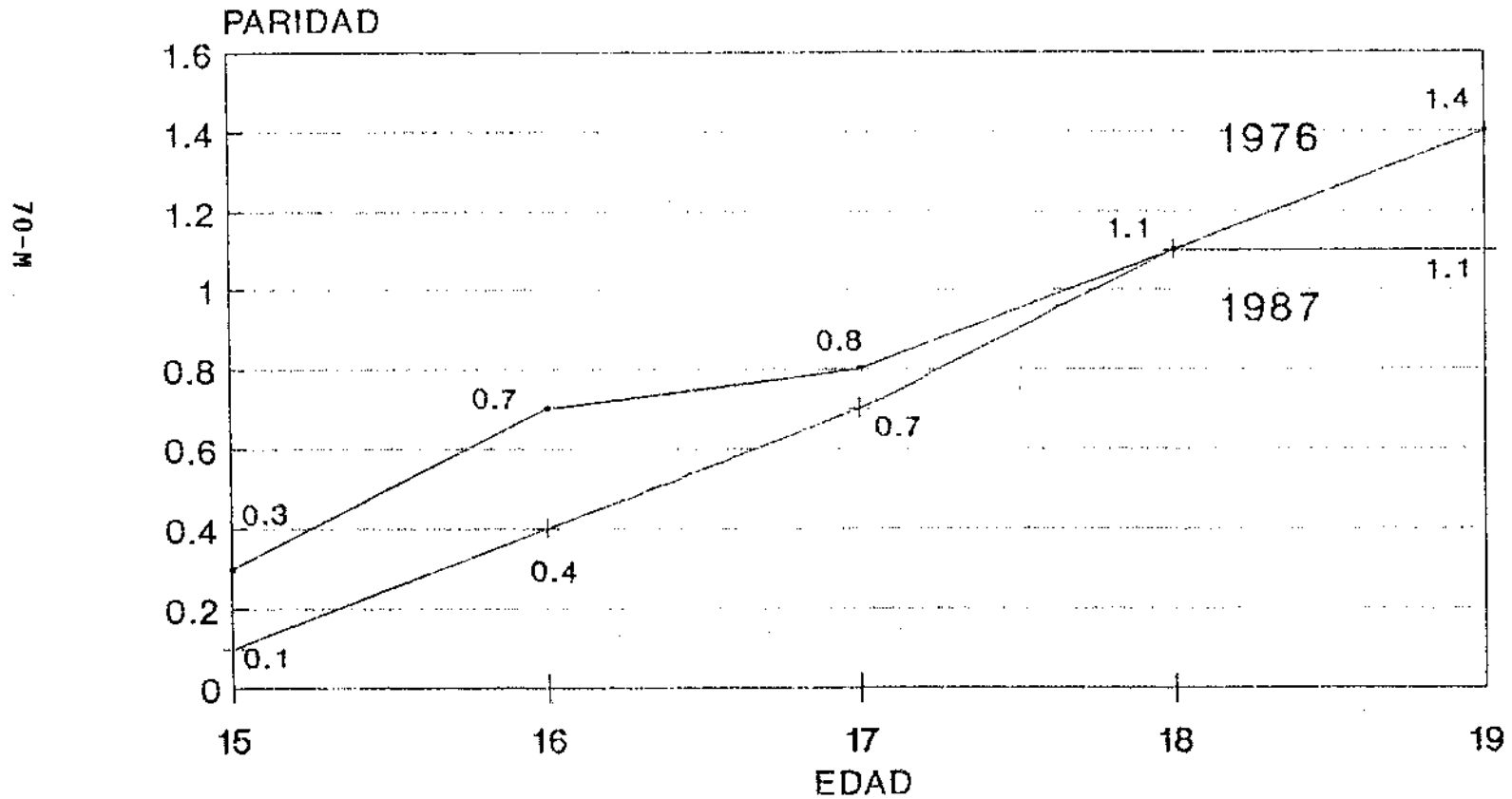


1970



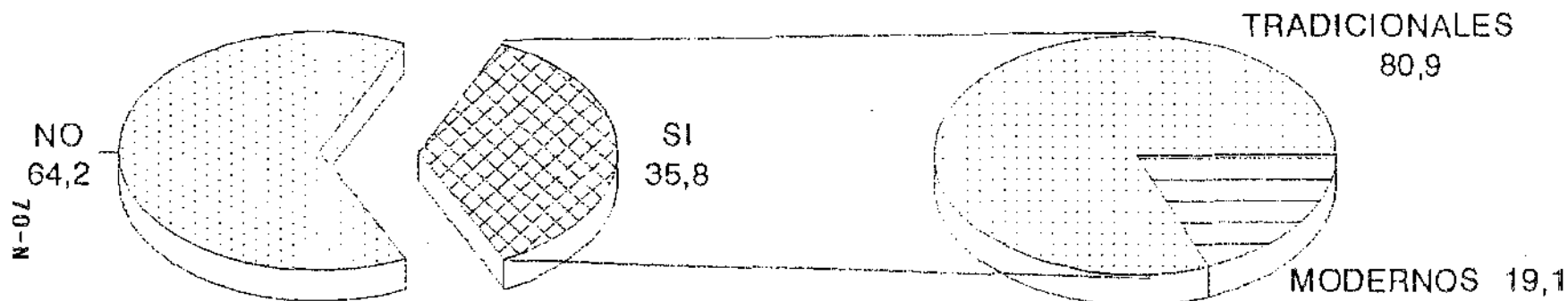
1986

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD ACTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS MEXICO, 1976 Y 1987.

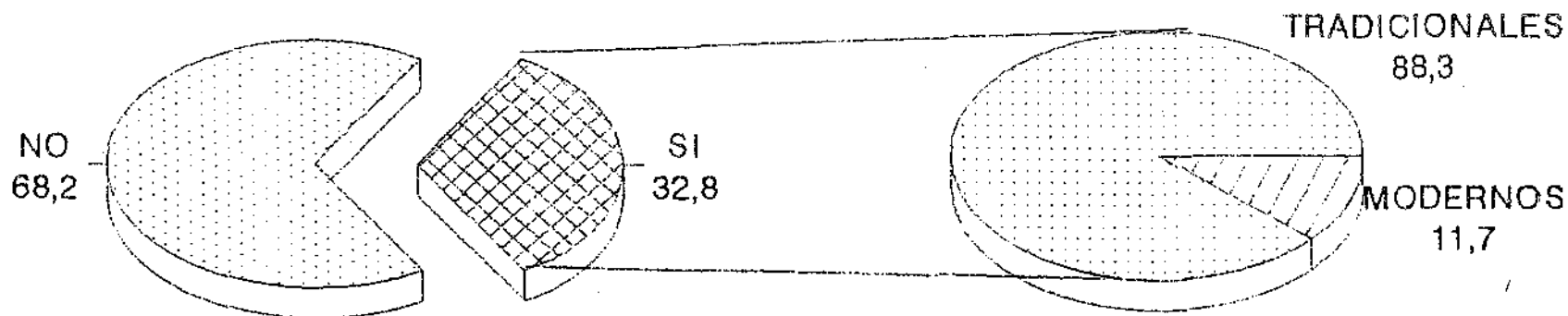


USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL

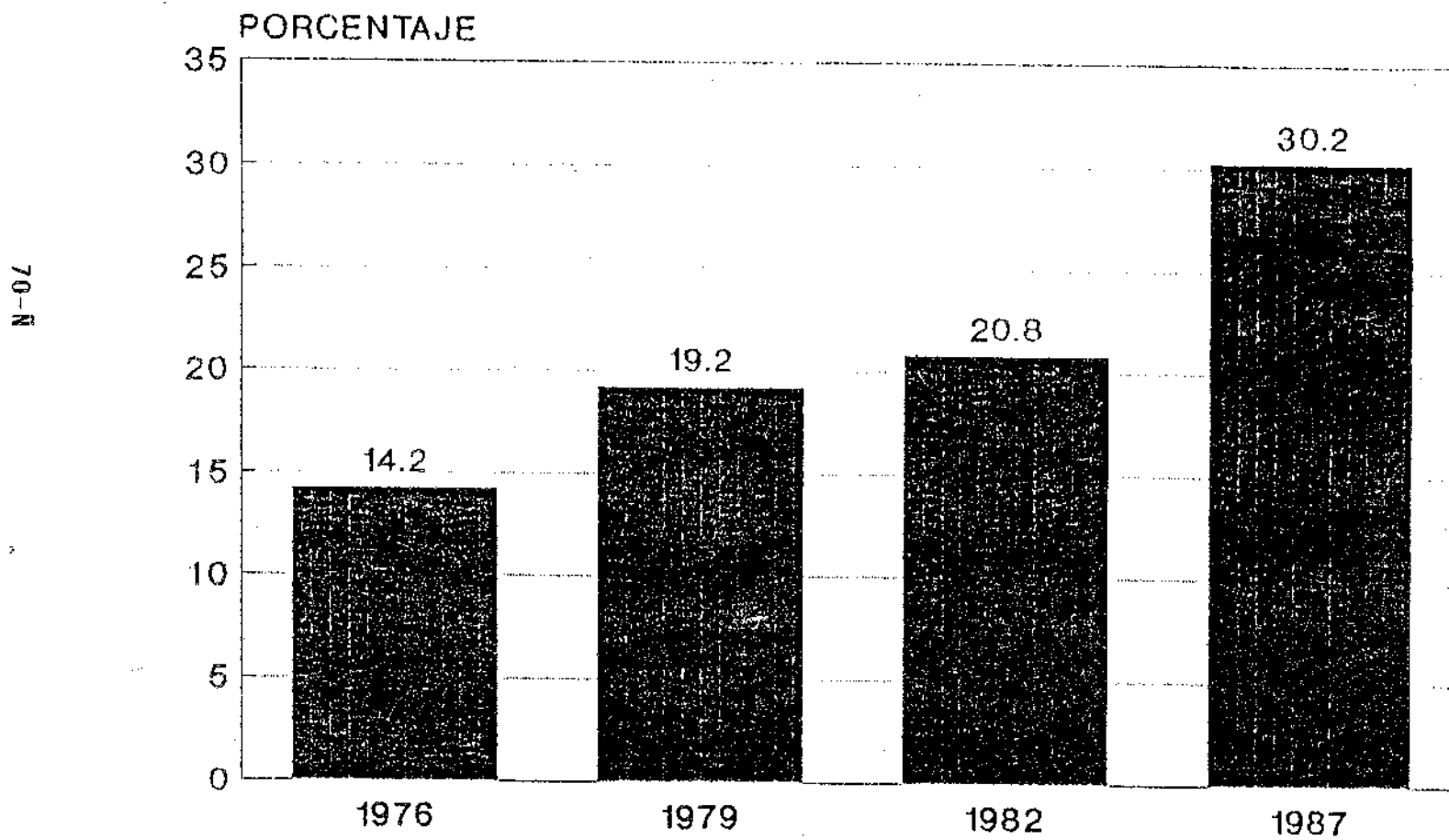
MUJERES



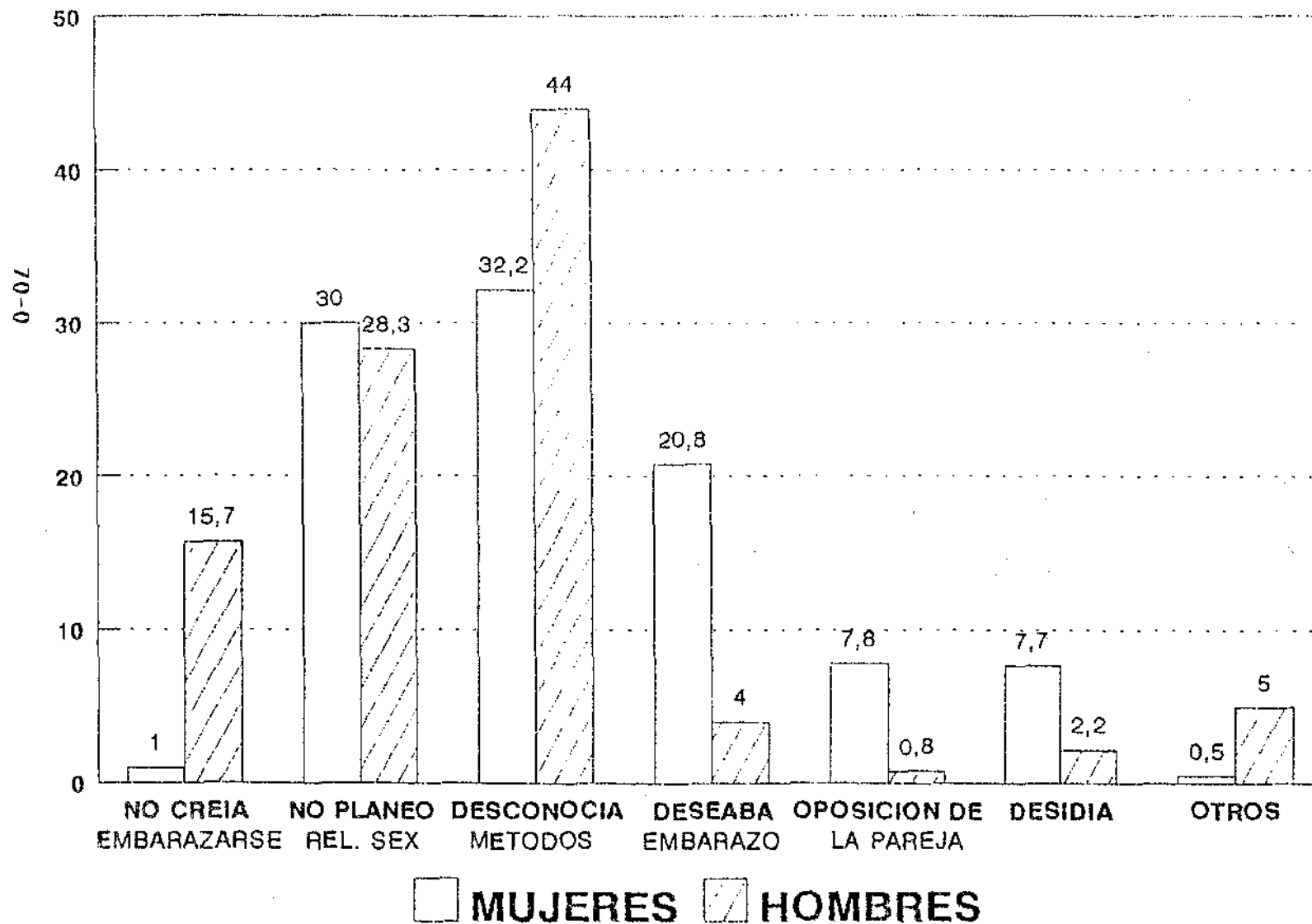
HOMBRES



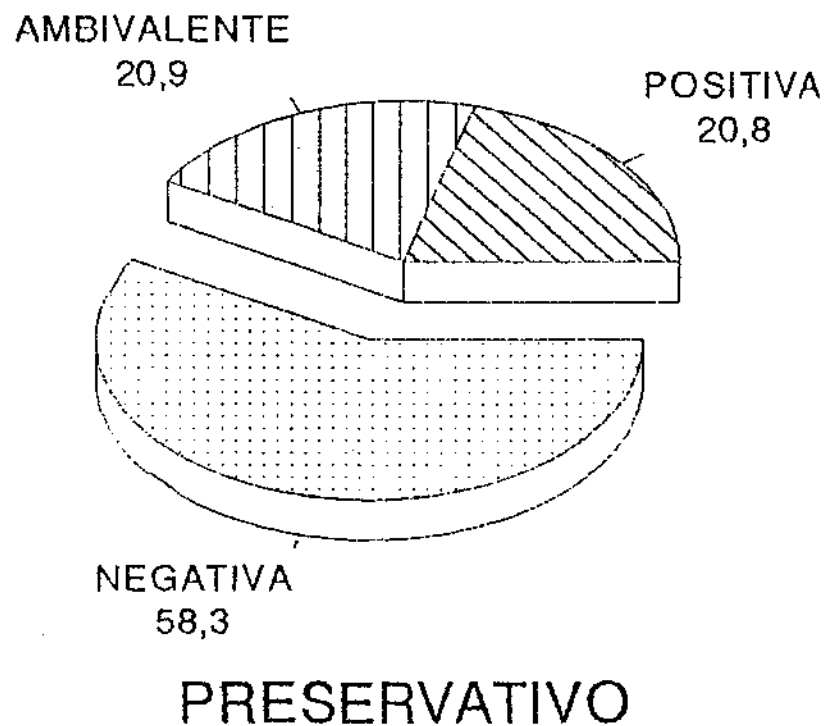
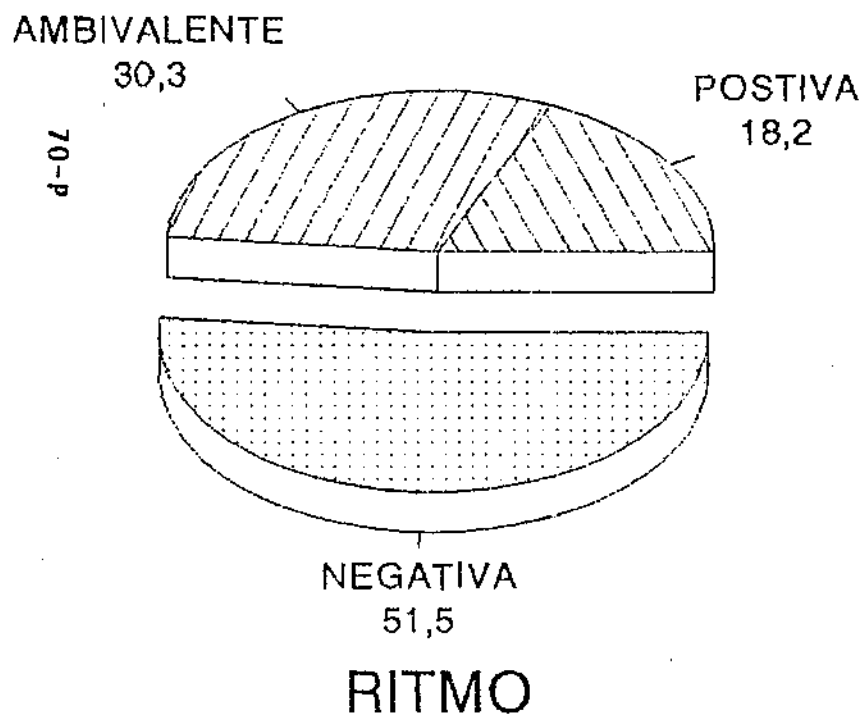
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES IMSS, 1975 - 1987



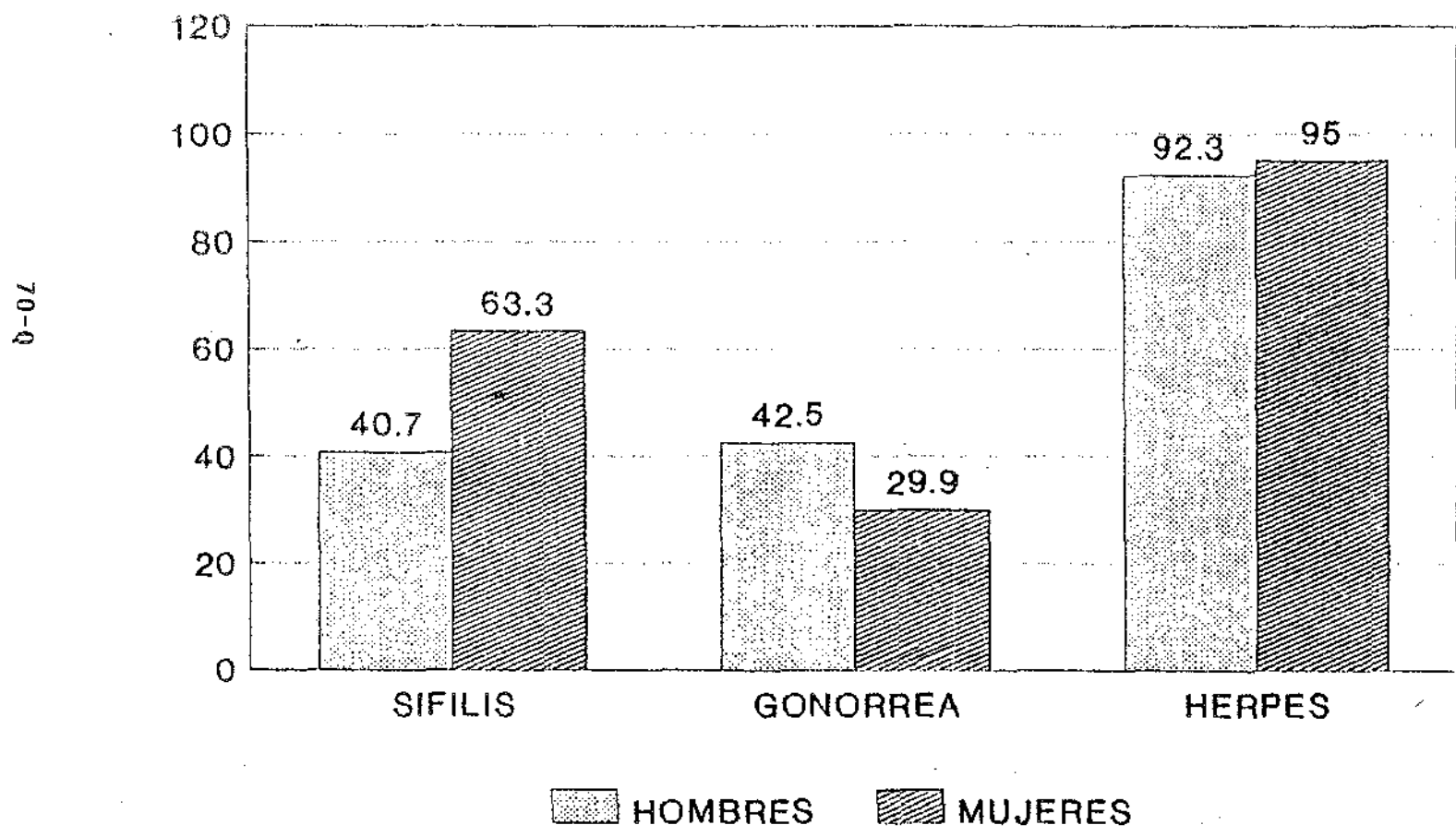
RAZON DE NO USO EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL SEGUN SEXO



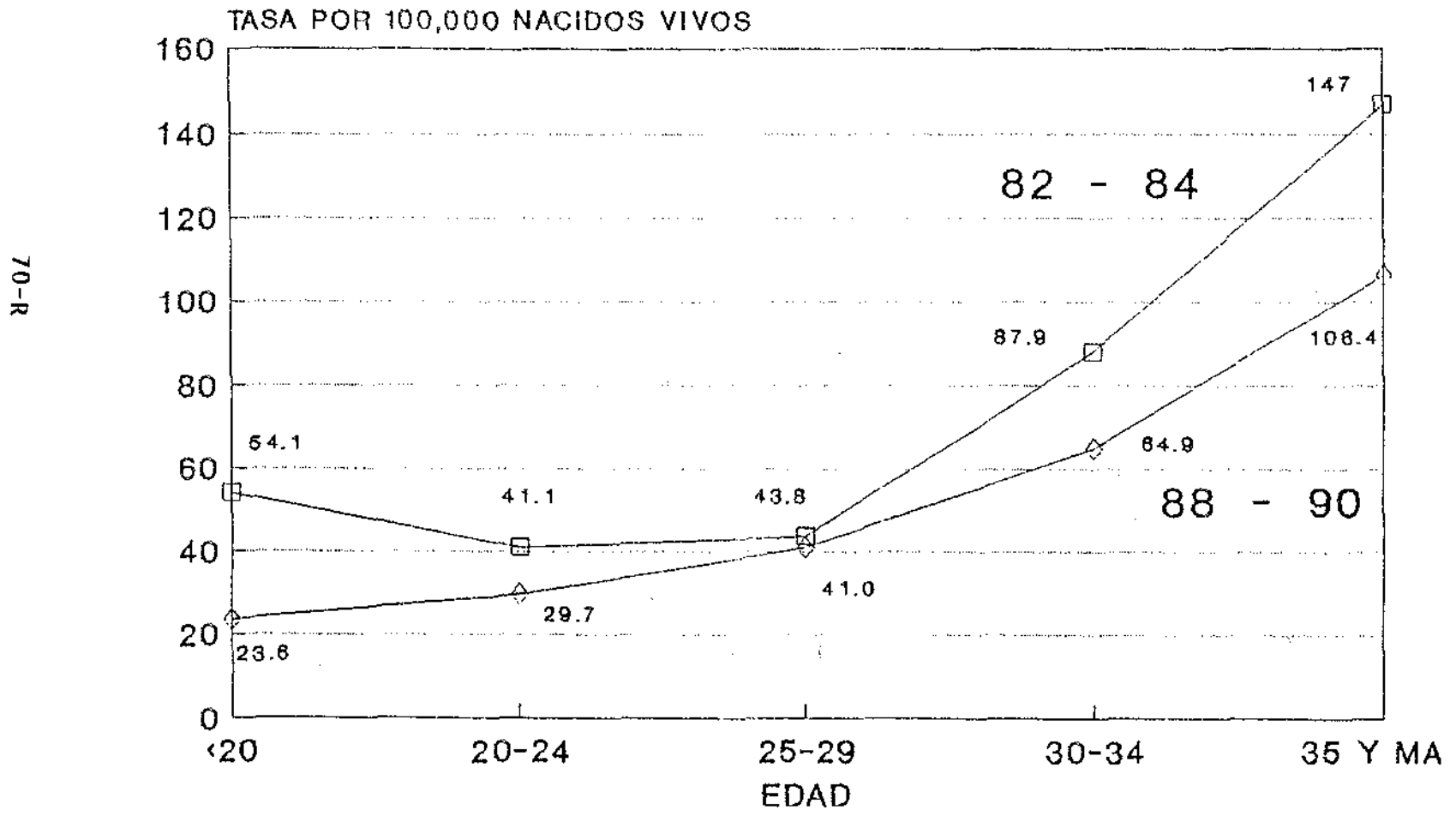
PERCEPCION DE LA ANTICONCEPCION



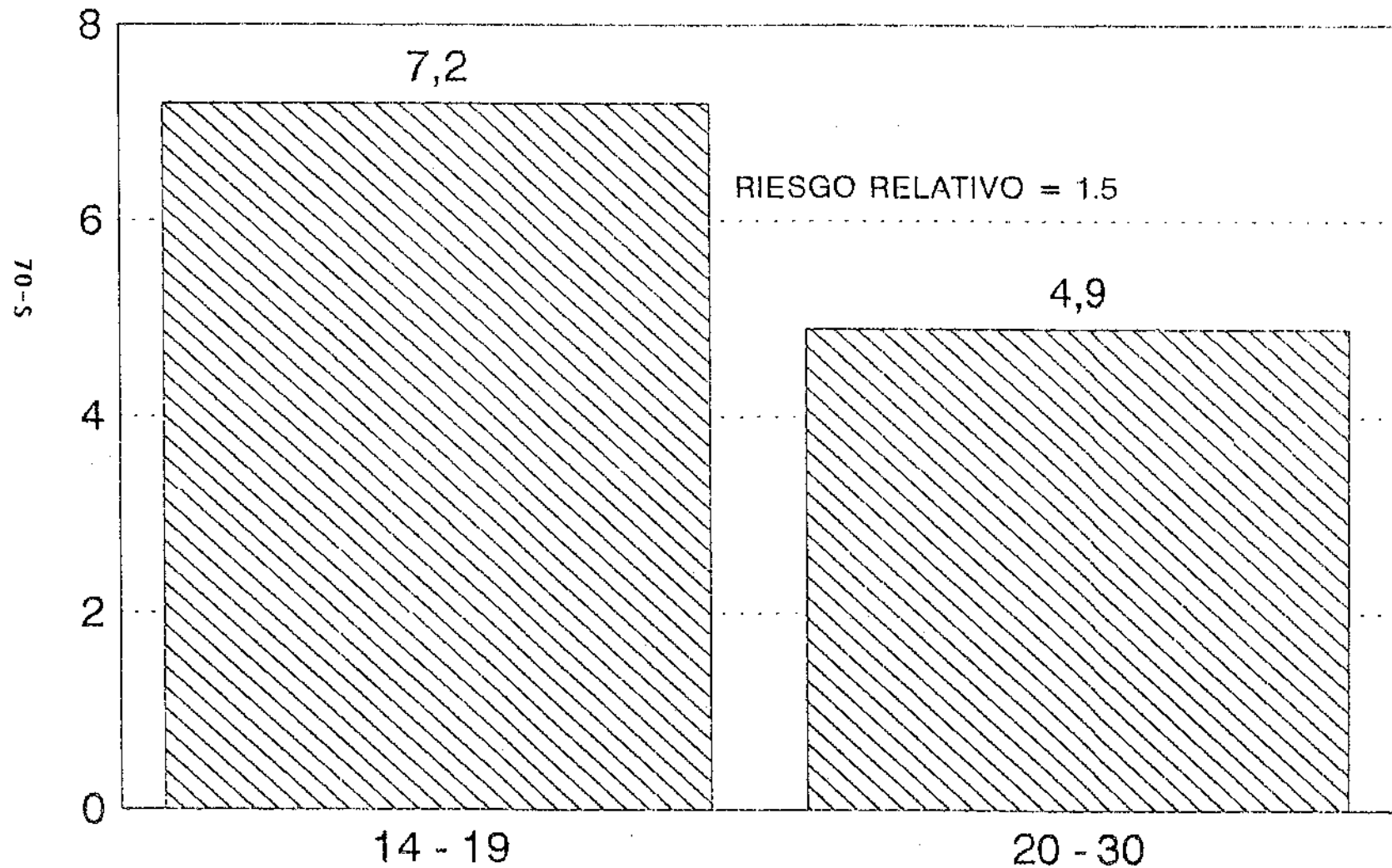
DESCONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES



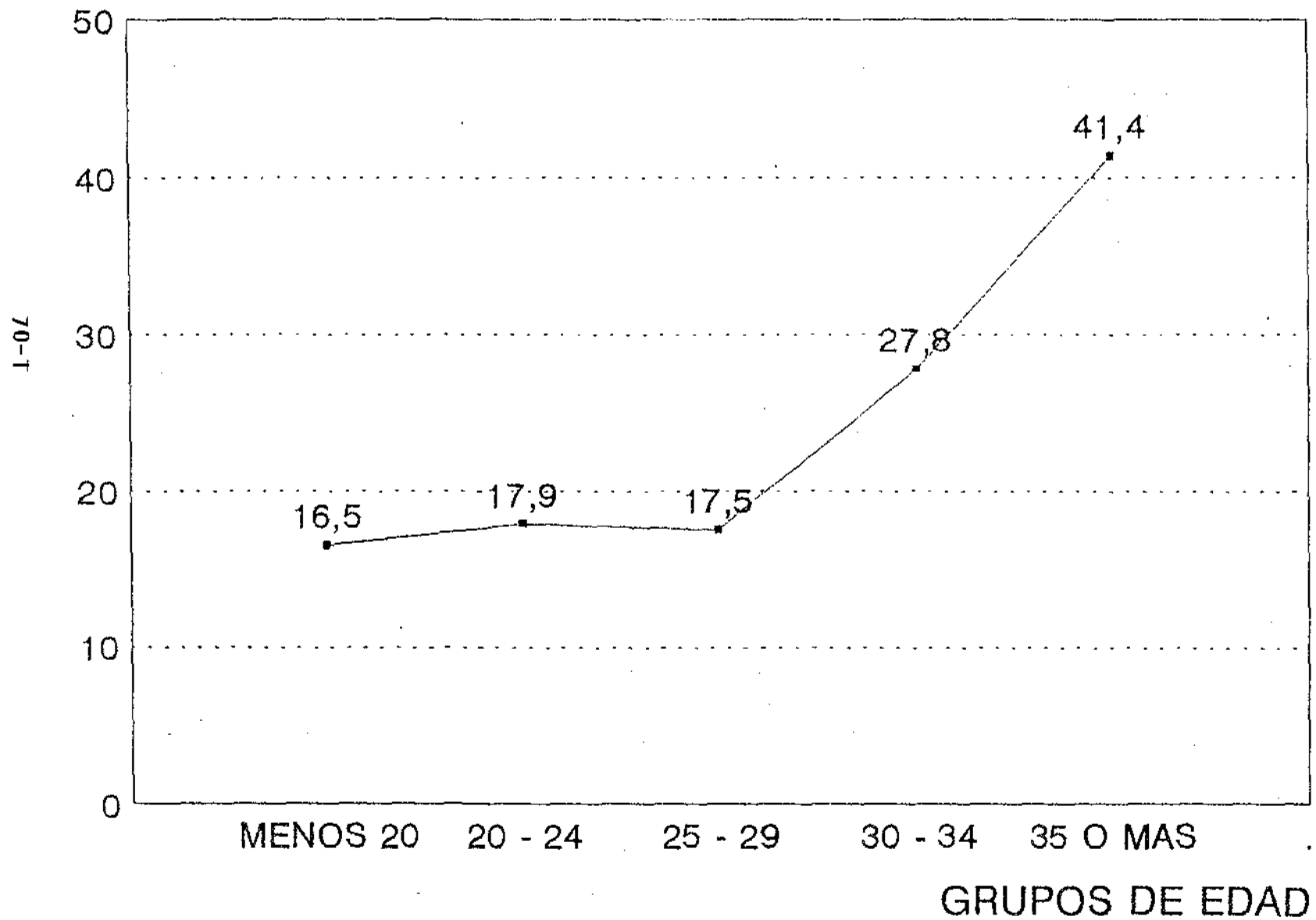
MORTALIDAD MATERNA SEGUN GRUPOS DE EDAD



PORCETAJE DE RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO



MORTALIDAD PERINATAL





**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**CIRUGIA EN GRUPOS PRIORITARIOS.
LA EXPERIENCIA DE LAS CONVIVENCIAS QUIRURGICAS**

**DR. ALFREDO INARRITU CERVANTES
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA**

3 DE AGOSTO DE 1993.

CIRUGIA EN GRUPOS PRIORITARIOS LA EXPERIENCIA DE LAS CONVIVENCIAS QUIRURGICAS

Debido a nuestra geografía y a lo disperso de muchas pequeñas o medianas poblaciones en el interior del país, históricamente ha sido un problema de alto costo y sin solución integral, llevar a todas ellas servicios primarios, como son salud, drenaje, agua, luz, vivienda, escuelas y atención médica preventiva, asistencial y rehabilitatoria. El actual gobierno, como una estrategia implementó un programa, con muy buenos resultados a la fecha, para ayudar a los más necesitados y en extrema pobreza, a través de grupos que forman equipos de trabajo, denominados de "Solidaridad", cuya esencia se basa en que todos los problemas de la sociedad tienen más fácil y aceptada solución, si actúan en forma conjunta ciudadanos y gobierno, sin importar religión, condición social e inclinación política personal.

Así, se han construido y mantenido escuelas, con la colaboración de padres de familia, alumnos y maestros, o la instalación de servicios públicos en las que los colonos ponen la mano de obra y las autoridades el material y asesoría de personal calificado.

En salud, a pesar del crecimiento en cobertura de las instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (incluyendo el programa de IMSS-SOLIDARIDAD), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tanto nacional como estatal, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional Indigenista y otros más, públicos y privados, la posibilidad de atención médico-quirúrgica a todos los residentes de nuestro país, no es completa por razones territoriales, económicas y culturales. Las instituciones que penetran hasta los lugares más alejados de nuestro territorio, detectan gran cantidad de pacientes que requieren atención médico-quirúrgica, muchos de alto grado de dificultad, que no es posible otorgárseles, lo que repercute al quedar inhabilitados para ser sujetos productivos y mejorar su calidad de vida, transformándose en ciudadanos pasivos que viven en condiciones infrahumanas, son una carga para la familiar y la sociedad y aumentan la tasa de morbi-mortalidad en nuestro país.

Dentro de este programa de Solidaridad, la Secretaría de Salud, con apoyo firme y absoluto de su Secretario, doctor Jesús Kumate Rodríguez, implementó en 1989, a través de la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, el programa de Cirugía Extramuros, con el objetivo de prestar atención médica especializada a enfermos de escasos recursos, en diferentes lugares de la República Mexicana y capacitar a grupos de trabajo médico-quirúrgico en las áreas respectivas.

Como meta general señala la de integrar grupos de expertos a los servicios de salud de las comunidades que lo requieran, con participación conjunta de equipo en el estudio del paciente, en los procedimientos y en el manejo postoperatorio. Estas acciones deben ser gratuitas, de alta calidad y concientizar, participar e interrelacionar al personal médico y paramédico de la institución asistente y de los servicios médicos locales.

Con este programa, se busca además de dar atención médico-quirúrgica a los que no la tienen, corregir un vicio frecuente producido por algunas dependencias, sociedades médicas, asociaciones o clubes, que desde hace muchos años han llevado a cabo algunos programas esporádicos de atención médica, en algunas áreas no siempre tan necesitadas, orientados a tratar exclusivamente los padecimientos congénitos o adquiridos más comunes en la región, con el objeto aparente de colaborar a complementar los servicios otorgados por el Sector Salud.

El objetivo mencionado no se logra, debido a la ausencia en estas organizaciones, de una estructura organizacional que realice un diagnóstico situacional, tenga los recursos humanos idóneos, los físicos, los económicos suficientes y el apoyo de las autoridades a nivel nacional y estatal, para poder planear, llevar a cabo con alta calidad técnico-médica y calidez, en forma programada y continua estas acciones de salud y su seguimiento inmediato y mediato. Estas deficiencias son más marcadas y trascendentes en los grupos médicos extranjeros, que con carácter caritativo son traídos a México, la mayoría de las veces sin la autorización y control respectivos.

En el mes de febrero de 1989, la Secretaría de Salud a través de su titular, invitó a la Academia Mexicana de Cirugía, que en sus sesenta años de existencia ha logrado agrupar en su seno a los cirujanos con más experiencia y capacidad en todas las especialidades quirúrgicas, a participar en este programa, lo cual fue aceptado de inmediato por la Mesa Directiva en turno y el día 8 de agosto del mismo año se firmó un convenio de concertación de acciones, de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal Centralizada y el Artículo 11 y 90 de la Ley General de Salud, con el efecto de llevar a cabo el programa denominado "Convivencias Quirúrgicas", estableciendo como lema "Cirugía Itinerante al Servicio de México". Dicho convenio señala en un articulado, las obligaciones y derechos de ambas partes.

La colaboración de la Academia Mexicana de Cirugía, fue desde un principio bien aceptada por todos sus miembros, ya que esta acción médico-social va acorde con sus objetivos y los de la Corporación y le permiten a ésta una mayor proyección hacia el interior del país, renovando e intensificando su vida académica, no sólo en la docencia e investigación, sino también al promover el bienestar directo de los más necesitados, convirtiéndose así en un recurso institucional de salud en México.

Este programa persigue tres objetivos: primero, el de contribuir a la solución de problemas médico-quirúrgicos en la población más necesitada; segundo, de participar en la educación continua al compartir conocimientos y prácticas con médicos y paramédicos de la localidad y tercero, de colaborar en otros programas de salud a través de cursos y talleres, finalidades a cumplir en estrecha vinculación con los servicios del Sector Salud, docente y de los gobiernos estatal y local, para favorecer una interrelación de los equipos de salud, con beneficio inmediato y mediano para todos. Es por ello que dentro del programa de Cirugía Extramuros, a éste se le denomina Convivencias Quirúrgicas y de esta manera, con trabajo efectivo y de calidad, así como con conocimientos actualizados, se contribuye a elevar el nivel de salud de la población desprotegida y a lograr una integración y confraternización asistencial y docente.

Este programa es dinámico y progresivo en su aplicación, lo que implica una revisión permanente de las necesidades de salud del país y control absoluto para mantener una atención médico-quirúrgica de excelencia.

Para el desarrollo de las Convivencias Quirúrgicas, la Academia Mexicana de Cirugía creó una infraestructura específica, consistente en un Comité encabezado por el Presidente de la Academia, un Coordinador General, cuatro Coordinadores, un Asesor y Coordinadores por especialidades, así como la elaboración de manuales e instructivos técnico-administrativos y catálogos de operaciones y material e instrumental para cada una de ellas, para poder planear, realizar, controlar y evaluar cada una de las Convivencias, optimizar su manejo, coordinación y utilización de recursos, así como el fortalecimiento de la docencia y enriquecimiento del conocimiento técnico-científico, previo, durante y posterior a la realización de cada Convivencia.

La planeación de esta infraestructura, requirió que el Comité identificara los casos más frecuentes a resolver, especialidad y complejidad de los mismos, recursos propios de la Academia, del Sector Salud Nacional y Local destinados a este programa y conocimiento de las necesidades docentes, lo que se logró a través de una comunicación cuidadosa e intensa con las autoridades de salud y gobiernos estatales y locales.

En la organización de las convivencias, se consideran tres etapas:

1. Preparatoria.
2. De convivencia propiamente dicha y
3. De evaluación y análisis.

En la primera, se elabora un programa anual, en conjunto con la Secretaría de Salud, de las ciudades y unidades hospitalarias a visitar, de acuerdo a las necesidades captadas por ella. El

Comité de Convivencias Quirúrgicas aproximadamente tres meses antes, visita a las máximas autoridades estatales, del Sector Salud y del hospital sede, para iniciar los trabajos nombrando a un Coordinador Local. También conoce los recursos humanos, físicos y económicos locales, así como el diagnóstico de morbi-mortalidad de la región, para definir las especialidades, tipo y número de cirugías probables a realizar.

El Coordinador Local, a través de los servicios de la propia Secretaría, de IMSS-SOLIDARIDAD, D.I.F. e Instituto Nacional Indigenista, envía las formas médicas especialmente diseñadas en la Academia, al personal de salud asignado en las zonas marginadas, para ser llenado, captar pacientes que llenen los requisitos y hacer el primer listado de posibles pacientes de acuerdo a los diagnósticos. Los pacientes seleccionados son trasladados al hospital regional de la Secretaría de Salud que va a ser sede, para ser revisados por sus médicos y complementar sus estudios para ratificar su diagnóstico integral.

Durante este lapso, el Académico Coordinador de esa Convivencia, solo o con otros especialistas, según las necesidades, está en constante comunicación con el Coordinador Local y se traslada al lugar sede para revisar pacientes y supervisar la organización, teniendo para ello reuniones de trabajo con médicos adscritos, Jefes de Servicio y autoridades del hospital. Con el conocimiento del listado de pacientes aceptados, el diagnóstico y los recursos existentes, se establece el programa operativo para conocer las necesidades de médicos por especialidades, paramédicos, equipo quirúrgico, implantes y materiales que hay que llevar para poder realizar las intervenciones programadas.

El Coordinador General del Comité, revisa lo anterior en conjunto con los demás Coordinadores y el Asesor y con la autorización del Presidente de la Academia, envía el listado de necesidades, según nuestro catálogo de cirugías y consumos, a la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, quien a través del doctor Federico Chávez Peón, la autoriza, ordena su compra y envía por lo menos 15 días antes de la fecha de inicio de la Convivencia.

El Comité de la Academia hace las invitaciones necesarias para reclutar al personal necesario; organiza y controla su traslado y hospedaje en la ciudad sede, debiendo llegar 12 a 24 horas antes de la programación de su cirugía y en conjunto con los médicos especialistas de la Unidad, discutir el caso a operar, planear la técnica quirúrgica y los cuidados postoperatorios a seguir.

Los pacientes con sus familiares, son concentrados por las instituciones participantes, en albergues cercanos al hospital, para ser internados la noche anterior a su cirugía. También en esta etapa, se programan los cursos paralelos solicitados por las autoridades de salud locales, de acuerdo a sus necesidades o los ofrecidos por la Academia, que tiene en catálogo los siguientes:

- Curso Básico de Administración de Servicios Médicos.
- Curso de Mejoría de la Calidad de la Atención Médica.
- Curso de Control de la Reproducción.
- Curso de Organización de Servicios Médicos en Caso de Desastre.
- Curso de Enfermería Quirúrgica.
- Curso de Bioética.

En la segunda etapa, o sea la de Convivencia propiamente dicha, se lleva a cabo la inauguración oficial, las sesiones clínico-terapéuticas preoperatorias, las intervenciones quirúrgicas de acuerdo al programa elaborado, el manejo y control postoperatorio inmediato, todo ello con el apoyo de cirujanos, anesthesiólogos, residentes, enfermeras, trabajo social y demás personal del hospital sede y en algunas ocasiones de otras instituciones de salud, principalmente el I.M.S.S. y el ISSSTE. Al mismo tiempo, se cumple con el programa de cursos paralelos solicitados. Todas las acciones se registran diariamente en formatos especialmente diseñados. El tiempo que dura cada Convivencia es de una semana, con sesiones de trabajo diarias de 10 horas aproximadamente.

En la tercera etapa, se evalúan los resultados clínicos inmediatos y mediatos y se recopilan los datos estadísticos.

Para poder cumplir con esta etapa, los Coordinadores mantienen comunicación constante y se programan visitas de Académicos en las dos y cuatro semanas posteriores, para evaluar los resultados mediatos. Si hubiera una complicación, el o los Académicos necesarios, se trasladarán al hospital sede si son requeridos.

Con todos los datos anteriores, el Presidente de la Academia, el Coordinador General y el Asesor del Comité de Convivencias, enviarán al Secretario de Salud, a las autoridades del gobierno estatal, a las autoridades locales de salud, a los directivos del hospital sede e instituciones participantes, un informe final de la Convivencia realizada, con el análisis y evaluación de resultados. A los académicos, médicos y paramédicos, se les envía carta constancia de agradecimiento por su participación solidaria al no recibir ninguna retribución económica.

En no pocas ocasiones, el Secretario de Salud, a petición bien justificada de la Academia, autoriza que se quede algún equipo quirúrgico en la Unidad sede.

EXPERIENCIA CON LAS CONVIVENCIAS QUIRURGICAS

A la fecha, de julio de 1989 a junio de 1993, la Academia Mexicana de Cirugía ha realizado quince Convivencias Quirúrgicas, aumentando cada año el número de ellas para ese lapso de tiempo, así, en el año de 1989, se realizaron dos, una en julio en la ciudad de Oaxaca y otra en octubre en Acapulco, Guerrero. En 1990 fueron tres; en la ciudad de Tapachula en marzo; en Oaxaca en julio y en Acapulco en Octubre. En 1991, fueron cuatro en Tuxtla Gutiérrez en el mes de marzo; Xalapa, Veracruz en julio; Oaxaca en agosto y Acapulco en noviembre. En 1992, se realizaron cuatro, en Oaxaca en abril; en Xalapa en julio; en el Distrito Federal durante la Semana de Solidaridad con el D.I.F. en septiembre y en Acapulco en octubre. Durante este año de 1993, se han llevado a cabo dos, una en Tapachula en marzo y la otra en Oaxaca en mayo y se tienen organizadas cuatro más, en el Distrito Federal en septiembre, durante las Semana Nacional de Solidaridad, en la última semana del mismo mes en Morelia, Michoacán, con la participación y responsabilidad directa de nuestro Capítulo de Occidente con sede en Guadalajara, Jalisco, en octubre en Xalapa y terminaremos en noviembre en Acapulco, Guerrero.

Como se aprecia, ha habido un aumento progresivo por año del número de Convivencias, de acuerdo a las experiencias tenidas, al análisis de resultados, a su organización cada vez más formal y a la retroalimentación obtenida por el Comité de Convivencias, que siempre da preferencia a la calidad de atención y a cumplir con los objetivos generales y particulares propuestos en el programa y no a alcanzar un mayor número de convivencias y de pacientes intervenidos, sin llenar esos requisitos propuestos. (Cuadro I).

CUADRO I.

Nº DE CONVIVENCIA	C I U D A D	F E C H A
1.	OAXACA	10-14 JULIO 1989
2.	ACAPULCO	16-21 OCTUBRE 1989
3.	TAPACHULA	26-30 MARZO 1990
4.	OAXACA	09-13 JULIO 1990
5.	ACAPULCO	16-21 OCTUBRE 1990
6.	TUXTLA GUTIERREZ	21-26 ABRIL 1991
7.	XALAPA	15-19 JULIO 1991
8.	OAXACA	12-16 AGOSTO 1991
9.	ACAPULCO	04-08 NOVIEMBRE 1991
10.	OAXACA	03-10 ABRIL 1992
11.	XALAPA	13-24 JULIO 1992
12.	DISTRITO FEDERAL	07-12 SEPTIEMBRE 1992
13.	ACAPULCO	04-10 OCTUBRE 1992
14.	TAPACHULA	22-26 MARZO 1993
15.	OAXACA	24-28 MAYO 1993

Por Estados, estas quince convivencias han sido repartidas a la fecha como sigue. (Cuadro II).

CUADRO II.

E S T A D O	CONVIVENCIAS
OAXACA	5
GUERRERO	4
CHIAPAS	3
VERACRUZ	2
DISTRITO FEDERAL	1
TOTAL:	15

Los hospitales regionales de la Secretaría de Salud y de apoyo han sido los que se muestran en el Cuadro III.

CUADRO III.

HOSPITALES SEDE	
OAXACA	HOSPITAL "DR. AURELIO VALDIVIESO".
ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL.
CHIAPAS:	
- TUXTLA GUTIERREZ	- HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA".
	- HOSPITAL DEL I.M.S.S.
	- HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E.
- TAPACHULA	- HOSPITAL "CARMEN ACEBO".
	- HOSPITAL GENERAL.
	- HOSPITAL DE ZONA DEL I.M.S.S.
	- CLINICA DEL I.S.S.S.T.E.
XALAPA	- CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS "DR. RAFAEL LUCIO".
	- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. MIGUEL DORANTEZ MEZA".
DISTRITO FEDERAL	- HOSPITAL "GENERAL DE MEXICO".
	- HOSPITAL "JUAREZ DE MEXICO".
	- HOSPITAL "MANUEL GEA GONZALEZ".

En estos primeros quince eventos, la participación del personal involucrado ha sido como se muestra en el Cuadro IV:

CUADRO IV.

PARTICIPANTES	PROMEDIO POR CONVIVENCIA
ACADEMICOS CIRUJANOS	16
NO ACADEMICOS CIRUJANOS	10
ENFERMERAS QUIRURGICAS	2
TECNICO EN MICROCIURUGIA	1

Durante estas Convivencias se operaron 1,820 pacientes, realizando en ellos 1,972 intervenciones quirúrgicas de las siguientes especialidades: Oftalmología, Ortopedia, Cirugía General, Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía Reconstructiva, Pediatría, Oncología, Cirugía Vasculat, Urología y Neurocirugía. (Cuadros V y VI).

CUADRO V.

PACIENTES OPERADOS	1,820
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	1,972

CUADRO VI.

Nº DE CONVIVENCIA	Nº DE PACIENTES	Nº DE CIRUGIAS
1.	51	51
2.	52	52
3.	78	121
4.	97	104
5.	101	116
6.	125	125
7.	136	142
8.	135	135
9.	149	149
10.	102	102
11.	173	173
12.	144	144
13.	128	138
14.	226	277
15.	123	129
TOTAL	1,820	1,972

Las especialidades que han participado también se han ido incrementando en forma progresiva, siendo cirugía general, cirugía oftalmológica, ginecología y cirugía reconstructiva, con las que se iniciaron las Convivencias. En la actualidad participan 11 especialidades, incrementándose en especial las cirugías pediátricas y en ortopedia. (Cuadro VII).

CUADRO VII.

E S P E C I A L I D A D E S
CIRUGIA GENERAL
CIRUGIA GINECOLOGICA
CIRUGIA NEUROLOGICA
CIRUGIA OFTALMOLOGICA
CIRUGIA ONCOLOGICA
CIRUGIA ORTOPEDICA
CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA
CIRUGIA PEDIATRICA
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA
CIRUGIA UROLOGICA
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO
TOTAL: 11 ESPECIALIDADES

El promedio de médicos por especialidad ha sido constante y proporcional al número de cirugías realizadas. (Cuadro VIII).

CUADRO VIII.

E S P E C I A L I D A D	PROMEDIO DE CIRUGIAS	MEDICOS PARTICIPANTES
OFTALMOLOGIA	32.88	3
ORTOPEDIA	5.51	5
CIRUGIA GENERAL	16.19	3
GINECOLOGIA	9.31	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	3.23	8
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	19.96	2
PEDIATRIA	3.04	9
ONCOLOGIA	1.33	10
CIRUGIA VASCULAR	4.37	6
UROLOGIA	3.23	7
NEUROCIRUGIA	0.95	11
T O T A L	100%	78

El programa de cursos se inició a mediados del año pasado, esperando poder incrementarlo en el futuro, si las condiciones económicas lo permiten. en la actualidad se tienen organizados siete cursos, que son:

- Curso Básico de Administración de Servicios Médicos.
- Curso de Mejoría de la Calidad de la Atención Médica.
- Curso de Control de Reproducción.
- Curso de Organización de Servicios Médicos en Caso de Desastre.
- Curso de Enfermería Quirúrgica.
- Curso de Bioética.

(Cuadro IX).

CUADRO IX.

CURSOS PARALELOS
CURSO BASICO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS.
CURSO DE MEJORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
CURSO DE CONTROL DE LA REPRODUCCION.
CURSO DE ORGANIZACION DE SERVICIOS MEDICOS EN CASO DE DESASTRE.
CURSO DE ENFERMERIA QUIRURGICA.
CURSO DE BIOETICA.

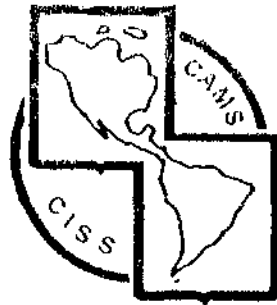
Estamos seguros que con este programa, la Academia Mexicana de Cirugía participa actualmente en una noble acción de llevar salud a los que la necesitan y no pueden alcanzarla por sí solos. Que este programa la ayuda a proyectarse a nivel nacional para ser la rectora de la cirugía en nuestro país. A cumplir con una obligación ciudadana de solidaridad y como miembro del Consejo de Salubridad General y Consejeros en Salud del Gobierno Federal.

A los Académicos participantes, les ha dado la oportunidad de desarrollar su vocación Hipocrática, saberse útiles a la sociedad y tener una sensación de bienestar por hacer el bien.

De acuerdo a los resultados obtenidos, consideramos que este programa es viable, que la unión de esfuerzos del Sector Salud, de los gobiernos estatales y de la Academia Mexicana de Cirugía, ha dado frutos de inmediato con alto beneficio social y poco costo económico, que debe estimularse para seguir incrementando sus acciones con alta calidad de atención médica, educación y unión del grupo médico.

Agradecemos a todas las autoridades de salud, muy en especial al señor doctor Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud, por la confianza depositada en nosotros y estamos seguros que existe voluntad política y de cooperación, para que este programa de Convivencias Quirúrgicas siga creciendo de acuerdo a sus posibilidades, para abarcar otras áreas geográficas, sin detrimento de la calidad y eficiencia en la atención prestada.

Muchas gracias.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO. D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**EL ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LOS PAISES EN DESARROLLO**

**DR. ADOLFO AGUIRRE BAYLEY
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS**

3 DE AGOSTO DE 1993.

EL ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

1. ANTECEDENTES.

El desenvolvimiento de las comunidades siempre estuvo impregnado de orientaciones económicas más o menos exteriorizadas.

La historia demuestra que desde sus orígenes, la humanidad fue desarrollándose de manera tal que creaba desigualdades entre sus miembros.

Así, el comercio determinó distintos grados de riqueza y por ende, diferentes posibilidades de atender a la satisfacción de las necesidades básicas.

En principio, se entendía que el alivio de la pobreza era una obligación de los particulares, ya sea la familia, fundaciones religiosas, corporaciones, gremios, etcétera.

Sin embargo, pronto se constató la insuficiencia de esos mecanismos y se comenzó a elaborar una incipiente normativa de beneficencia que reconoció la responsabilidad del Estado en la creación de ese problema y por lo tanto trasladó a fondos públicos el costo de los paliativos adoptados. De esta manera se procuraba postergar los descontentos, controlar en cierta forma la agitación social y reducir los conflictos.

En definitiva, desde el Estado, el sector privado mantenía su modelo económico y trasladaba a la hacienda pública el peso de atenuar las graves consecuencias que derivarán de su aplicación.

Las nuevas técnicas de producción dieron lugar al surgimiento o acentuación de ciertos riesgos, e incrementaron las necesidades de protección.

Resultó fácil comprobar al poco tiempo, que el trabajador carecía prácticamente de capacidad de ahorro suficiente como para proveer lo necesario para cubrir sus múltiples contingencias y las de aquellos que de él dependían.

Cabe recordar que un amplio espectro de población quedaba al margen de toda cobertura en cuanto no participaba de una relación de trabajo.

Cuando en 1883 Bismarck instituye el primer seguro social amplio de enfermedad, despierta el interés por el mecanismo no sólo en los trabajadores y el Estado, sino también en los empleadores.

Constituye una expresión de solidaridad que contribuye a alejar problemas, posibilita mejores relaciones laborales y otorga mayor tranquilidad a la comunidad.

La expansión es lenta y prudente y va abarcando paulatinamente la protección de los riesgos de más preocupación en los sectores productivos.

Surgen nuevas teorías y concepciones económicas que influyen decididamente en el ámbito social.

La industrialización introduce cambios sustanciales en los modos de relacionamiento entre los distintos estratos de las comunidades, las que reaccionan demandando mayor protección.

La agitación social adquiere formas más violentas y determina enfrentamientos que obligan al Estado a intervenir arbitrando mecanismos de entendimiento que el movimiento sindical rechaza pero va admitiendo.

Nace entonces la "seguridad social", la que se logra consolidar luego de la Segunda Guerra Mundial.

Se define como un objetivo de la sociedad de proteger a todos los seres humanos contra todas las contingencias y obtiene la adhesión de los trabajadores.

Resultaría superabundante para este trabajo, explicitar los problemas concretos que dieron origen a la búsqueda de soluciones integrales para las comunidades.

Sin embargo, corresponde puntualizar que los países atravesaban por crisis económicas que no solo derivaban de las situaciones bélicas, sino y principalmente de sus verdaderas causas materiales.

Así, pueden apreciarse los efectos devastadores de las concepciones y modelos económicos seguidos fundamentalmente en Europa y EE. UU., las caídas de mercados de valores, el desempleo masivo y los innumerables problemas planteados por la mecánica del comercio internacional.

Para atenuar las consecuencias negativas de esa situación, se recurre a implementar una seguridad social que se vislumbra como instrumento para contribuir al mejoramiento de las relaciones laborales y a obtener niveles de cierta estabilidad política.

En forma acelerada se van cubriendo necesidades y riesgos, ampliando las personas protegidas y las contingencias cubiertas y otorgando mayor participación al Estado.

2. AMERICA LATINA.

En América Latina se sucede un desarrollo similar al descrito, reflejo de lo que va aconteciendo en Europa.

Puede distinguirse una primera etapa hasta el año 1940 en que predominan los seguros sociales tradicionales, obligatorios, de cobertura parcial y a categorías de trabajadores.

A partir de esa fecha, se acentúan los objetivos sociales y comienza a delinearse con fuerza el concepto del derecho a la seguridad social. Es la época en la cual se logra una mayor expansión de seguros contributivos obligatorios para asalariados, basados en criterios de solidaridad y autosuficiencia. La importancia de los patrimonios de las instituciones provoca una cuantiosa inversión de fondos en infraestructura para atención directa de la salud y una cautelosa ampliación de la cobertura.

Entre 1960 y finales de la década de los años setenta, se incrementa la protección, se extienden las prestaciones y surgen los servicios sociales.

El veloz desarrollo de las acciones de implementación, en muchos casos fue la causa de que no se actuara con rigorismo técnico, se respondiera a grupos de presión e intereses diversos y se ignorara su repercusión en el sistema.

En la Conferencia de Ottawa de 1966, la Organización de Estados Americanos ya alertaba acerca de los peligros de continuar un proceso tan acelerado sin adecuación previa de los instrumentos y técnicas utilizadas.

Sin embargo, resulta innegable que la seguridad social contribuyó eficazmente a paliar los efectos de políticas económicas que causaron perjuicios a vastos sectores de la población.

Baste recordar que las necesidades sociales son cada vez mayores en los países en desarrollo y que los modelos de crecimiento adoptados no sólo no dan satisfacción en la medida de lo esperado sino que ahondan perturbaciones derivadas de las nuevas reglas de comercio.

Cabría pensar cuál sería la realidad de los países si no hubiesen contado con un instrumento como la seguridad social para atenuar las repercusiones de las orientaciones económicas seguidas.

La agitación social, la inseguridad, el aumento de la pobreza y marginación así como el deterioro en la salud de la población, podrían haber sido consecuencias que adquirieran dimensiones inusitadas con resultados imprevisibles.

Pero afortunadamente la seguridad social cumplió con gran parte de sus objetivos y las razones que le dieron vida se justificaron plenamente.

El análisis del proceso histórico demuestra que las crisis económicas conllevan las grandes transformaciones de las herramientas de progreso social, las que recogen las aspiraciones de bienestar de las comunidades.

Contribuyen decididamente a superar la coyuntura negativa, permiten la reactivación y aportan tranquilidad por largos períodos.

No obstante, las inseguridades que se vuelven a crear como resultado de políticas económicas seguidas, determinan cargas no previstas en la ecuación inicial y van gravando peligrosamente el sistema.

Desde luego que no toda la culpa radica allí, sino que también inciden problemas exógenos de carácter general y los propios de la gestión de la seguridad social y nuevamente, el replanteo de la misión de aporte a la estabilidad, revisión de finalidades y medios y reformulación de objetivos y métodos.

Ello debe ajustarse además, a las capacidades propias de cada país, a las necesidades de su población y a sus aspiraciones de progreso social.

Es lógico que aparezcan con fuerza tendencias regresivas en momento de honda incertidumbre económica, propia de períodos de transición o asentamiento, que generan miedo y preocupación por el futuro.

Estimamos que la seguridad social no constituye una causa de la crisis, antes bien, sufre sus consecuencias más negativas.

En efecto, el casado avala la tesis de que los problemas en la economía de los pueblos inciden rápidamente en el mercado de trabajo, afectan la situación de empleo y por lo tanto, reducen los ingresos de las instituciones de seguridad social, por ejemplo.

Como se demostrará posteriormente, existe una íntima relación entre ambos componentes de la vida de los pueblos.

3. CRISIS ECONOMICA Y SEGURIDAD SOCIAL.

No cabe duda de que América Latina comenzó la presente década sumergida en una profunda crisis económica.

La misma se origina principalmente en las concepciones seguidas en la materia y en la forma en que se llevaron a la práctica.

En la mayoría de los casos no se apreció con suficiente antelación el rumbo real que se transitaba, ni la influencia determinante de causas externas que parecían ajenas totalmente al proceso.

El espejismo de aparentes beneficios iniciales hizo aflojar la tensión, no mantuvo un nivel exigente de evaluación de resultados y procedimientos y generó desviaciones de gestión impulsadas por grupos de presión o intereses coyunturales que acentuaron las dificultades.

La caída continua de los precios de las materias primas exportables por los países de América Latina, la obsolescencia de sus infraestructuras productivas, el creciente endeudamiento interno y externo y una balanza de pagos altamente deficitaria, son algunos de los indicadores de la verdadera situación.

El estudio de la misma permite concluir que la adopción de paliativos ya no es posible y que es imprescindible encarar el tema en profundidad.

No escapa al experto de la causa principal de la crisis radica en el modelo económico seleccionado, en las variaciones y modalidades introducidas y en los criterios manejados.

Es la crisis general que determina obligaciones superiores a las previstas para las instituciones de seguridad social, a las que se les pide cooperen en la solución de graves problemas sociales sin permitirles reformularse adecuadamente.

De ello deriva un desequilibrio financiero que el sistema económico general no está en condiciones de restablecer en el mediano plazo.

Se agudiza cuando se le destina compulsivamente a cumplir con obligaciones ajenas, como en los casos en que su patrimonio sirve a otras causas distintas a aquellas para las cuales se le constituyó.

Más aún. Se toman medidas que afectan los ingresos para dar soluciones transitorias a problemas coyunturales.

Resulta evidente entonces, que alterada su ecuación inicial, utilizados con distintos fines sus recursos, disminuidos sus ingresos como consecuencia de la política económica seguida y aumentados los egresos por prestaciones por la misma causa, las instituciones gestoras de la seguridad social también entran en crisis financiera.

Lo expresado no pretende ocultar las razones derivadas de administraciones ineficientes, sino que simplemente encara un aspecto que generalmente es soslayado por quienes pretenden invertir los términos, adjudicando a la seguridad social contribuir a la crisis económica.

Tampoco consideran los efectos que ella consigue en beneficio directo del bienestar de la población, originando el mejoramiento gradual de sus condiciones sanitarias y niveles de vida, mayor crecimiento y desarrollo y por lo tanto, aumento en lo que es llamado equivocadamente "capital humano".

Omiten asimismo cuantificar su influencia en la productividad, en el "crecimiento económico" y "desarrollo social", en el empleo y por lo tanto en la generación de riqueza y mayores aportes a la seguridad social.

Pero también corresponde destacar otros problemas exógenos que inciden negativamente en la problemática de las instituciones de seguridad social y que recién pudieron ser encarados debidamente por los estudiosos.

Hay aspectos que son consecuencia de la política económica y otros que resultan de la propia seguridad social.

En ese sentido, adquieren preponderancia los factores demográficos, los que sin duda han venido variando sustancialmente en los últimos años y se vislumbra que lo seguirán haciendo por un largo tiempo.

Pueden distinguirse selectivamente, el aumento de la tasa de población, el decrecimiento de las relativas a natalidad, mortalidad, nivel de empleo.

Paradójicamente, la seguridad social que contribuyó eficaz y decididamente a disminuir la mortalidad va aumentando la esperanza de vida, en los esquemas actuales se ve perjudicada por el efecto negativo que tiene en su financiamiento.

Cuando Lord Beveridge sienta las bases de su programa, lo hace tomando una realidad de pleno empleo como condición indispensable. Puntualiza que obtener y mantener esos niveles es obligación del Estado.

Indica que la seguridad social dotaría de mejor "capital humano" a los sectores productivos, lograría conservar cierta capacidad de consumo en la población, fomentaría el empleo previendo el desempleo.

En su informe destaca que corresponde a los gobiernos hacer que el crecimiento económico conlleve la creación de puestos de trabajo que sustenten financieramente los planes de bienestar social.

No obstante, las políticas económicas seguidas actualmente por la mayoría de los países, influyen en la rápida reducción del sector formal, tanto urbano como rural.

Esa disminución se vuelca parcialmente al sector informal y absorbe buena parte de aquellos que ingresan al mercado de trabajo.

El empleo formal crece de manera insuficiente en relación con la oferta de mano de obra, a pesar del crecimiento de la industrialización.

Contribuyen a ese panorama, la falta de dinamismo que se constata en la economía, su incapacidad para seguir el avance demográfico, el aumento de la migración interna y seguramente la adopción de formas de producción que se basan más en el uso intensivo del capital que en la mano de obra.

Ese sector, integrante de la denominada "economía subterránea", es en general débil y funciona al margen de la protección de la seguridad social lo que trae consecuencias negativas para el Estado que igualmente debe atenderlo sin contar con su aporte.

Debe distinguirse de aquellos que actúan en la informalidad por conveniencia y que muchas veces hasta están organizados en forma empresarial.

En general se trata de actividades que casi no requieren de capital, de naturaleza elemental, que no exigen calificación profesional ni especialización, que no usan prácticamente ninguna tecnología, trabajan en pequeña escala en mercados muy competitivos.

Las ocupaciones son precarias y emplean preferentemente a personas muy jóvenes o de edad avanzada, emigrantes rurales o gente con poca instrucción.

Paulatinamente van incorporándose al desempleo, agudizándose la situación social de deterioro.

La migración rural a las ciudades grava a la seguridad social en cuanto se trata de personas carentes de amparo y que difícilmente puedan configurar causales de protección aceptables.

Pero también puede afirmarse que existen factores estrictamente financieros que inciden en la problemática de las instituciones de seguridad social.

La recesión económica, previsible en el modelo actual y ya sufrida por algunos países y anunciada a breve plazo en otros, significa no sólo menores ingresos por aportes no devengados, sino también y en gran medida, erogaciones más elevadas en virtud de una mayor demanda de prestaciones y servicios.

La situación además, influye para intensificar la evasión en el pago puntual de las obligaciones, perturbando el normal flujo de caja.

No todos reconocen el papel protagónico de la seguridad social en el bienestar de las comunidades ni en el mantenimiento de la tranquilidad social y estabilidad política.

Los críticos señalan que aumenta el costo de la mano de obra y por consiguiente reduce el número de empleos y empuja hacia la rebaja de los salarios.

Afirman que afecta la competitividad, alienta el uso de capital y la automatización, aumenta el ausentismo y los aportes consumen parte del producto nacional impidiendo su reinversión para el crecimiento y la generación de nuevos empleos.

Aceptan el sector informal ya que devendría ineludible por efecto del peso de las contribuciones y concluyen en confiar a la capacidad del mercado libre el otorgamiento de beneficios similares a menores costos, prescindiendo de todo contenido social y político.

Omiten asimismo, rescatar la historia clara que demuestra que esos criterios hacen crisis a mediano plazo y que se recurre nuevamente a sistemas de protección social como manera de superarla y evitar la agitación que genera.

Es importante puntualizar que el crecimiento informal quiebra el proceso gradual de universalización de la seguridad social, ya que escapa por ahora a los esquemas clásicos. Sin embargo, nuevas modalidades en estudio podrían superar esa limitación.

Pero la seguridad social debe afrontar problemas también derivados de las políticas económicas seguidas, tales como el desfase que crean en los aspectos financieros, las dificultades que provocan para la extensión de la protección a sectores carenciados y aún para mantener la que se venía brindando a quienes ingresan al desempleo y una administración muchas veces cara e ineficiente.

4. INTEGRACION ECONOMICA Y SOCIAL.

Las dificultades no sólo se hallan en el plano interno de los países, sino que han excedido sus fronteras y son motivo de acción de los organismos internacionales.

Se asiste a un permanente dialogado que inicialmente fue sólo sobre aspectos económicos y que en el momento actual inserta preocupación por determinados problemas sociales.

Ese proceso vieneacompañándose a nivel regional, confiándose en que la cooperación entre los países y la adopción de medidas comunes de política comercial redunden en desarrollo económico que beneficie a sus poblaciones.

Sin embargo, si bien en la mayoría de los casos las metas se van cumpliendo, los aspectos sociales apenas comienzan a plantearse.

Reconocida es la problemática de difícil solución que se crea al integrarse mercados comunes por parte de países que presentan muy distintas legislaciones en los ámbitos laborales y de seguridad social.

Como es público, los organismos internacionales especializados en el área económica, han coincidido en sugerir a los países latinoamericanos la adopción de determinadas estrategias con la finalidad de recuperar la fortaleza mínima necesaria como para hacerse acreedores a los préstamos que otorgan, entre otras cosas igualmente importantes.

Actúan con criterios muy similares y sus objetivos coinciden en todos los elementos.

Los gobiernos por su parte, en mayor o menor grado, vienen procurando proceder según esas pautas, las que ponen énfasis fundamentalmente en los aspectos financieros y económicos y no en las políticas sociales.

En efecto, se pretende que internamente se actúe en función de un modelo neoliberal de economía de mercado y por lo tanto de plena competitividad.

De manera evidente, los países tratan de superar la problemática interna y asimismo establecer las bases de una posición favorable en el proceso de integración en que se han comprometido.

Las características de ese mecanismo internacional dependerán también, del criterio con que cada Estado encare su relacionamiento externo y enfoque su actuación dentro y fuera de fronteras.

Pero parece natural y lógico que los gobiernos mantengan en la integración, coherencia con las políticas que apliquen en sus países.

El modelo sugerido, hasta el presente y con algunas variantes según los casos, determina efectos dignos de ser tenidos en cuenta y analizados en su perspectiva.

Los objetivos de la integración económica son claros, aparecen nítidamente expresados en todos los Tratados suscritos a ese fin y son plenamente compartibles desde ese ángulo exclusivo. El bienestar de la sociedad es una meta indiscutible y razón de ser del propio Estado.

Ese loable propósito lamentablemente no se alcanza en forma instantánea, sino que requiere importantes decisiones políticas e instrumentales y un prolongado proceso preparatorio.

Como los criterios aconsejados a esos fines vienen siendo aplicados en varios países con variantes más o menos significativas desde hace algunos años, a esta altura puede decirse que se conocen las consecuencias que producen a corto y mediano plazo.

La primera etapa de recuperación del equilibrio financiero estatal conlleva la implantación del germen que cree las condiciones para asentar la economía de mercado.

De allí que se adopten políticas de redimensionamiento del aparato burocrático, mediante ajustes estructurales de gran entidad.

Ellos han traído consecuencias inmediatas negativas en el panorama social, por cuanto en la mayoría de los casos implican caída sustancial del nivel de empleo.

Asimismo, provoca una mayor demanda de cobertura social (atención de la salud seguro o subsidios de desempleo y retiros anticipados, por ejemplo), para la cual paradójicamente se disminuye la aportación en cuanto se calcule sobre base salarial.

Sin embargo y a pesar de esta situación, la búsqueda de la estabilización lleva a considerar las erogaciones de la seguridad social como un gasto a reducir y no como una inversión en una mejor y más sana sociedad productiva.

Pero aún más, en el afán de recuperar el equilibrio, se resiente el poder adquisitivo de los ingresos, lo que también incide en la recaudación.

Desde luego que ello castiga más a la gente de escasos recursos.

No obstante, gravita también en otras capas de la sociedad y fundamentalmente en la masa aportante que es clave en los regímenes tradicionales.

Otro mecanismo que repercute negativamente en los ingresos de la seguridad social es la especulación en el mercado financiero, lo que aumenta la evasión o retrasa la percepción del aporte.

Pero el ajuste estructural también debe tener lugar en las empresas, para hacerlas competitivas en los mercados.

A escala, se reiteran los problemas mencionados, haciéndose necesario procurar la adopción de programas que contribuyan a superar los efectos negativos inmediatos del proceso. (N. Berretta, Montevideo. CINVE - EBO, 1991; pág. 52 y ss.). Es evidente que todo proceso de integración lleva a la descalificación -por falta de competitividad- de algunos sectores, empresas o productos y esto implica la necesidad de reconversión de esos sectores. (N. Berretta. Ob. Cit.).

Esta segunda etapa tiene importantes repercusiones, incluso en el campo social, por cuanto pueden verse perjudicados aquellos sectores altamente protegidos que producen para el mercado interno y aquellos que venden a la región pero no a terceros países, pero en los cuales algunos de los socios comerciales sí lo hacen (N. Berretta. Ob. Cit.).

De allí que sea necesario lograr conciencia regional y nacional de lo que significa la transformación productiva que exige la integración activa.

La competencia tanto en el plano interno como en el externo, obliga a adaptarse a las exigencias del mercado.

Ello puede implicar la supresión o sustitución de ciertos giros o rubros de producción.

En la economía de mercado sobreviven los más capacitados, e indefectiblemente se produce una acumulación y concentración de capitales, donde en general tienden a predominar las grandes empresas multinacionales.

Esa problemática tiene directa incidencia en el nivel ocupacional, el que se reduce ostensiblemente creando situaciones de desempleo, subempleo y despidos masivos, aumentando paralelamente la informalidad, el ambulanteo y la marginalidad.

La insuficiencia o pérdida de los ingresos, así como la dificultad para obtenerlos, aumentan los niveles de pobreza y delincuencia y derivan en falta de seguridad en la sociedad.

La historia es rica en ejemplos en los cuales esa situación provocó estallidos sociales o represión conflictiva que encarecieron el normal desarrollo de la convivencia.

Tanto Bismark como Beveridge dieron forma a sus seguros sociales con la finalidad de detener el creciente descontento popular, entre otras razones.

La reconversión económica no sólo exige disponer de los recursos materiales y tecnológicos para ella, sino también el contar con personal capacitado.

Naturalmente, la caída del empleo en la primera etapa, afecta especialmente a la mano de obra no calificada, le dificulta la obtención de plazas y por lo tanto disminuye sus exigencias salariales abaratando costos inmediatos.

Todo lo descrito afecta los ingresos a la seguridad social, la que por otra parte debe atender nuevas exigencias de cobertura y prestaciones.

Es más, la reconversión requiere de la formación profesional, readaptando y reinsertando trabajadores en el mercado.

Pero ello no es posible en todos los niveles, ya que la gente de mayor edad, por ejemplo, tendrá más dificultades para adaptarse a las nuevas modalidades de producción y a los avances tecnológicos, a lo que ofrecerán natural resistencia.

La integración económica, en la actualidad, se caracteriza por la libre circulación de trabajadores.

Esa migración puede obedecer a factores coyunturales como la inseguridad laboral, insuficiente generación de empleos o salarios bajos, o ser consecuencia también de la alta urbanización, de aspiraciones derivadas de niveles formativos relativamente elevados y del desarrollo de sistema y de comunicación masiva que ilustran sobre otras plazas (Longhi y Stolovich, 1990).

Es evidente que la emigración alivia la presión del mercado de trabajo en cuanto suprime la incidencia de la fuerza excedentaria.

Pero la inmigración por el contrario, determina problemas serios para los receptores, como los relacionados con la atención de la salud desarraigo, separación familiar, cobertura de riesgos y necesidades de vivienda, por ejemplo.

En este último caso, deben adoptarse medidas preventivas, evitando la formación de ciudades satélites, sin infraestructura de servicios, que atentan contra la situación sanitaria de los trabajadores y sus familias.

El solo hecho de cambiar de lugar, de alimentación y hasta de clima, significan hechos nuevos que debe afrontar el migrante, la mayoría de las veces sin ningún tipo de información previa o medida de prevención.

A ello deben sumarse las eventuales diferencias culturales entre las colectividades de los distintos países.

Es así, que se hace imperioso prever estructuras específicas que procuren aliviar las situaciones mencionadas, para posibilitar el mejor rendimiento del trabajador.

Desde el punto de vista de la seguridad social, también deberían considerarse normativas de carácter básico y de naturaleza flexible, que asegurasen a los migrantes la igualdad de trato entre nacionales y extranjeros, la vigencia irrestricta de los derechos adquiridos y la conservación de aquellos en vías de adquisición, así como el cobro de las prestaciones generadas tanto en el país de origen como en el exterior.

Asimismo, los beneficios deberían servirse sin retaceos ni limitaciones como consecuencia del lugar de residencia y asegurarse la efectiva transferencia de los fondos necesarios para brindarlos.

Es importante también consagrar la totalización de los períodos trabajados o aportados a la seguridad social, de forma que los derechos acompañen a las personas, garantizándose que no se producirá la pérdida o superposición de los mismos y que los familiares tendrán protección en cualquiera de los países signatarios en los que se domicilien (OIT. 1984).

Como surge claramente de lo reseñado, es evidente que los procesos de integración tienen directa repercusión en la seguridad social, a pesar de que su finalidad principal es de índole económica.

Es indudable que los ajustes estructurales, el redimensionamiento de los aparatos estatal y privado, el proceso de reconversión y las privatizaciones, constituyen elementos que inciden en los aspectos sociales.

En los regímenes tradicionales se viene observando una merma en la aportación en razón directa de la disminución de los afiliados activos, rebaja del poder adquisitivo en los países en que existe sostenida inflación, reducción de la población amparada y detenimiento de la extensión de la cobertura, mayor demanda de prestaciones tanto para activos como para pasivos y carencia de fondos para invertir en fuentes creadoras de empleo y para afrontar el incremento de los requerimientos de atención médica, seguridad, higiene, prevención de riesgos y formación para la reinserción laboral.

Los problemas descritos, de acuerdo con la experiencia, tienen lugar en el corto y mediano plazo, lo que reclama un análisis inmediato por parte de la seguridad social.

En este sentido, en la mayoría de los países de América Latina se asiste a una crisis financiera, organizativa y de administración, que dificulta su desenvolvimiento.

Como sucediera en varias oportunidades, la seguridad social podría contribuir a aliviar los efectos negativos que se suscitan en las primeras etapas de la integración, como sucediera en los países desarrollados.

Es indudable que debidamente respaldada por políticas sociales acordes, la seguridad social puede constituir un instrumento atenuador y a su vez transformarse en un elemento de desarrollo económico y social.

De allí que se exija la adopción por parte del Estado de políticas que permitan implementar programas que contribuyan a superar los efectos negativos mencionados.

La instrumentación de verdaderas medidas de protección, podría respaldar un ajuste que no aumente la inseguridad social y por lo tanto en el mediano plazo permita alcanzar mayores ganancias como resultado de lo que debería invertirse de inmediato.

Tendrían que buscarse procedimientos que incentiven el ahorro y la inversión, haciéndolos atractivos, no limitándose las medidas favorecedoras del esfuerzo productivo.

En este sentido corresponde encarar la implantación de regímenes financieros que tengan en cuenta las alternativas que resultan de la madurez de los sistemas, así como la mayor demanda de prestaciones que normalmente alcanzaban relativa entidad económica.

Para ello, se requieren cambios de mentalidad de los distintos sectores (A. Couriel. Ed. Universidad, 1991).

En el gobierno, para "que facilite transformaciones sustantivas en el apartado del Estatuto, donde los funcionarios pueden sentirse verdaderos servidores públicos, que sienten que su tarea cotidiana sirve a los intereses nacionales, lo que necesariamente pasa por ingresos y ascenso por concurso, justas mejores en las remuneraciones, capacitación permanente que permite alcanzar niveles de eficiencia" (A. Couriel. Ob. Cit.).

Pero también en los empresarios, fomentando el espíritu empresarial, "lo que significa correr y asumir riesgos, actuar con responsabilidad privada y social, ser innovadores y creativos en la introducción del progreso técnico". (A. Couriel. Ob. Cit.).

Estimamos que los empresarios deberían tener interés en la seguridad social, por cuanto si bien se estima que el alivio de sus cargas sociales puede posibilitar un mejor crecimiento económico, ello no asegura la tranquilidad para completar el proceso de reconversión económica e integración, siendo indispensable contar con programas complementarios que contribuyan a la obtención del objetivo principal.

Finalmente, los propios trabajadores deben cambiar la mentalidad, siendo necesaria "la preocupación por lo productivo, por la calidad de los bienes, por la presentación de los productos, por las mejores de productividad e incorporación de progreso técnico, por la necesidad de reinserción para que los distintos empleados tengan mejoras sustanciales de competitividad". (A. Couriel. Ob. Cit. Pág. 104 y ss.).

Todo el proceso exige "un modelo dinámico y equitativo", para que tanto los costos de la crisis como los beneficios del crecimiento sean repartidos en forma justa.

Por lo tanto, es importante obtener el apoyo social mediante el esclarecimiento de las verdaderas consecuencias inmediatas de la integración y el rol de colaboración que puede brindar la seguridad social.

De esta manera se posibilitaría alcanzar el equilibrio, superar la transición y obtener el crecimiento económico que determinaría el progreso social.

Desde luego que se hace necesario delimitar claramente grados de participación de instituciones no gubernamentales y privados con o sin fines de lucro.

Ello determina ciertas consideraciones y conclusiones.

En América Latina la integración económica no ha alcanzado un grado de desarrollo acorde con el tiempo que lleva implementándose.

Resulta sumamente ilustrativo recurrir a la experiencia de la Comunidad Económica Europea, a fin de considerarla como un elemento más directamente interrelacionado con las características, de los procesos de integración que se vienen intentando llevar a cabo en América Latina.

Si bien puede compartirse que el objetivo final de la integración económica es constituirse en un medio para el bienestar de las sociedades con justicia social, resulta ineludible atender a las consecuencias sociales que se han producido y que se seguirán concretando en el corto plazo. Algunas de ellas son perfectamente conocidas y otras pueden inferirse, todo lo cual permite encarar mecanismos que eviten cualquier regresión social -aunque fuere transitoria-, que conlleva inseguridad.

Es evidente que todo proceso de integración requiere la colaboración de la seguridad social. Antes que sustituirla, reducirla o suprimirla, parece insoslayable revitalizarla para contar con un aliado valioso que contribuya a superar los efectos perniciosos de la crisis que fatalmente determina la etapa de la reconversión económica en un primer momento.

Por ello, es que entendemos que debe variarse en ese sentido la óptica con que se enfoca el problema y adquirir conciencia de que el reforzamiento de la seguridad social constituye una verdadera inversión que alejará la inseguridad y el estallido social o la represión, que posibilitará la formación profesional y readaptación y reubicación de la mano de obra, transformándose en una verdadera inversión sagaz y con visión de futuro colaborando al desarrollo.

Para obtenerlo es necesario coordinar con los estatales la participación de organismos no estatales y privados, proveyendo protección complementaria que alivie las consecuencias.

Para interesar aún más al sector privado, con el contralor y garantía del Estado podrían buscarse fórmulas que reviertan en favor de la empresa privada la aplicación de parte de los fondos de la seguridad social, siguiendo los criterios de rendimiento, seguridad y liquidez, en respaldo al crecimiento económico.

La dinámica del desarrollo impone ciertas adaptaciones.

El panorama actual y las derivaciones de la política de ajuste económico aconsejada por los Organismos Internacionales, determina que éstos hayan abordado directamente aspectos de política social.

En ese sentido, el Secretario Ejecutivo de la CEPAL señor Gert Rosenthal, señaló que era necesario el "desarrollo con equidad", aspecto que no resuelve por sí sola la economía de mercado.

A su juicio, el Estado debe actuar donde no hay iniciativa privada y cooperar con éstos en la modernización.

Sobre el particular expresó "la falta de equidad en la distribución de los frutos del desarrollo favorece la desigualdad social, generando situaciones explosivas". También el BID en la Asamblea Anual de gobernadores celebrada en el presente año, indicó específicamente que "ver más allá de las políticas puramente económicas es esencial para la estabilidad política" y para la seguridad del inversionista.

Igualmente el Banco Mundial en las reuniones celebradas en Africa y el Club de París, concluyeron en la necesidad de adoptar políticas "para aliviar a los pobres".

En definitiva, debe procurarse que se dispongan medidas de defensa de los principios y derechos que impiden los costos sociales, de forma de que prevalezca el ser humano por encima de toda otra consideración.

Ello permitirá abordar con verdadero optimismo las etapas siguientes que consoliden el desarrollo económico y consagre el bienestar de las colectividades.

Es con esa perspectiva que debe analizarse el valioso aporte de la seguridad social como instrumento gravitante en la estabilidad y progreso.

Resulta evidente que no puede separarse válidamente lo económico y lo social, desde que existen interrelaciones que condicionan recíprocamente ambos aspectos.

Su objetivo final es el bienestar del hombre.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

El panorama suscintamente esbozado y en el que se hizo énfasis en los modernos intentos de integración en América Latina, determina que sea necesario analizar la reformulación de la seguridad social atendiendo a una cambiante realidad y a perspectivas ciertas.

Correspondería que equipos multidisciplinarios reconsiderasen sus relaciones con la economía, los niveles de desarrollo y la propia sociedad.

Su innegable incidencia en los aspectos económicos, dada su incidencia en los costos, en la transferencia o distribución de ingresos, su rol de regulador del equilibrio y del crecimiento en múltiples esferas, obliga a incluirla en la planificación nacional de cada país.

Por otra parte, su relación con las concepciones, aspiraciones y valores de la sociedad, determina enfocar un reestudio de riesgos y necesidades sociales.

El desarrollo social debe estar orientado a satisfacer la básico, por lo menos y a establecer posibilidades ciertas de bienestar y realización.

Finalmente, cabría considerar el rol que debería desempeñar el Estado, así como el grado de participación de instituciones paraestatales y la actividad privada, en un tema tan gravitante para las comunidades y donde su presencia en las decisiones no puede soslayarse.

Pero ello justifica de por sí un trabajo propio que excede la índole del presente documento.

Baste concluir que la seguridad social y las políticas económicas no pueden estar disociadas, porque ambas son complementarias en cuanto procuran el desarrollo para beneficio de quienes integran la sociedad.

Las características demográficas, sociales, políticas y culturales nutren a la seguridad social y sus éxitos o fracasos derivan principalmente de los objetivos y criterios de implementación y ejecución que se adopten en materia económica y social.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**NUEVAS TENDENCIAS DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA**

**DR. ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA
DIRECTOR GENERAL DEL
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL (C.I.E.S.S.)**

NUEVAS TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

ANTECEDENTES.

Esta exposición tiene antecedentes directamente vinculados con el tema.

El primero caracteriza la acción de órganos internacionales vinculados con esta materia, así podríamos referir los trabajos de las Comisiones Americanas y el segundo, a la acción propia del CIESS, que, en su propósito de capacitar y actualizar al personal al servicio de la seguridad social, capta a través de sus eventos académicos las importantes transformaciones que experimenta la seguridad social en el Continente.

Refiriéndonos al primer concepto, se puede señalar como ejemplo los trabajos realizados por la Comisión Americana Jurídico Social en el campo de las tendencias de la seguridad social, tema que ocupa su atención en estudios prospectivos y la preocupación de la Comisión Americana Médico Social, expresada tanto en la Reunión Subregional precedente realizada en 1992, como en la actual que, teniendo como tema central el "Mejoramiento de los Programas en Salud Dirigidos a Grupos Prioritarios", plantea un análisis multidireccional de la seguridad social contemporánea, de ahí, que sea importante interpretar elementos que permitan identificar las tendencias de la seguridad social en América.

En lo que toca al CIESS, es indudable que al cumplir con sus objetivos de promover el debate doctrinario de la seguridad social, apoya el estudio específico de estos temas prioritarios. Así, cabe señalar al respecto como precedente inmediato a este trabajo, el Seminario realizado en Chile en marzo próximo pasado, en el que se analizó el papel del Estado y del concurso privado de la seguridad social, a la luz de los sistemas de seguridad social de la Región, permitiendo un importante debate en esta materia, que es tomado en cuenta para esta aportación.

En base a todo lo anterior, se realiza en primer término una presentación de la problemática, resumiendo algunos casos sobresalientes y señalando en consecuencia orientaciones en la perspectiva, para formular algunas consideraciones finales; todo ello, identificando con particular énfasis el desarrollo de la seguridad social en el Continente en estas últimas décadas.

1. PRESENTACION DE LA PROBLEMATICA.

Un amplio proceso de implantación y de transformación de los esquemas de seguro social se presentó en este Continente durante la década de los cuarenta, precedida por otro proceso similar de los países pioneros que se inicia casi a comienzos del siglo.

Sin embargo, la más importante progresión hacia los sistemas integrados a nivel nacional y un mayor crecimiento de las instituciones tuvo lugar en la década de los sesenta y los setenta. Una caracterización de esta progresión, fue la estructuración, en casos, de sistemas integrados de seguridad social, el avance hacia regímenes contributivos y no contributivos, el crecimiento de personas protegidas, la expansión hacia la población del campo, la apertura hacia la solidaridad y otros elementos que significan búsqueda de formas de extensión y de apoyos administrativos y financieros que las hagan viables.

Sin embargo, en la fecha, se presenta una nueva lectura del fenómeno de la seguridad social dentro del cambio social y el ajuste al entorno económico prevalente en los países americanos.

Ello se deriva, entre otros factores sobresalientes, del deterioro económico en los países en vías de desarrollo que impacta en forma adversa a la seguridad social especialmente a partir de la década de los ochenta y que a la vez tiene incidencia en la evolución de los sistemas de seguridad social, que pone en duda su capacidad de respuesta para abocarse a una expansión generalizada de los beneficios a nivel nacional.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de enfoques, se sigue experimentando un fenómeno de coincidencia en los problemas prioritarios que afectan el desarrollo de la seguridad social.

La premisa y a la vez, el objetivo de universalización de la seguridad social, la búsqueda constante de nuevos modelos de atención a la salud convergentes a este propósito, el diseño de alternativas en materia financiera, los proyectos derivados de las opciones de descentralización y desconcentración y, en el vértice de la problemática, la redefinición del papel del Estado y del concurso privado, forman los elementos más sobresalientes del proceso de transformación moderna de la seguridad social.

Dentro de este marco, se han suscitado las actuales reformas de las leyes orgánicas, los proyectos de reordenación de los sistemas, algunos de los que están confiados a Ministerios o a COMISIONES AD-HOC que significan, no sólo una revisión de la estructura propia de la seguridad social, sino también de las acciones de la política social y de la articulación interna de los sistemas de seguridad social a nivel nacional.

Ahora bien, con el propósito de presentar en este foro algunas de las características en la región, nos permitimos hacer referencia a las recientes reformas realizadas que perfilan nítidamente el proceso de cambio.

2. PANORAMA DE AMERICA LATINA.

En una visión de conjunto, especialmente en la década de los 90', se han realizado en algunos países del Continente revisiones a las leyes orgánicas de seguridad social y reestructuraciones, en otros, tanto de los órganos gestores de la seguridad social, como de los propios sistemas de seguridad social, a la luz de la política social.

Ello conduce a observar una dinámica de cambio importante, en la que fueron modificados estructuralmente alrededor de dieciséis sistemas de seguridad social y se han formulado asimismo proyectos que se encuentran sometidos, en casos, a consideración para la toma de decisiones en esta materia.

Con este propósito, se subrayan algunos elementos contenidos en diversas disposiciones legales y proyectos que aproximan a una mejor apreciación.

Así en Brasil, cuyos antecedentes sitúan el modelo a partir de la Ley Aluzio Chávez de comienzos de siglo, se han realizado una serie de modificaciones estructurales al sistema a lo largo de su evolución; sin embargo, en fechas recientes es cuando se han experimentado mayores transformaciones. Para poder apreciar el contenido del actual reordenamiento, podría mencionarse que en su larga evolución presentó dos elementos sobresalientes. El primero referido a una dicotomía respecto a la salud pública o medicina estatal y el segundo a la medicina previsional.

Asimismo, podrían señalarse fases de este proceso. La primera consistente en la integración de 1977 cuando se establece el Sistema Nacional de Previsión Social reordenando las instituciones existentes y creando posteriormente como resultante de esta reforma el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, con

notable avance en torno a lograr la concreción de la atención médica a cargo de una sola institución que superaba la anterior contratación de servicios dentro de un plan nacional de salud en el país.

Posteriormente, se dio un nuevo ordenamiento a la estructura de la atención médica.

Varios hechos preceden esta última situación. En primer lugar la Constitución de 1988 que motivó la Reforma Sanitaria Nacional y la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Unico de Salud en 1990, por la que se busca el cambio del sistema de salud con prerrogativas de equidad, integridad, descentralización, universalidad y participación social. De ahí que el sector salud puede apreciarse mediante tres segmentos institucionales en el que se divide la oferta del ciudadano. Así se puede captar la acción del Ministerio de Salud, el sector a cargo del Ministerio de Previsión y Asistencia Social hasta 1991 y el sector privado autónomo.

En este orden de ideas, la reforma previsional que se prevé, contempla entre otras medidas, el avance hacia prestaciones de tipo universal, contribuciones con topes, eliminaciones de ciertas jubilaciones y otras medidas tendientes a lograr el equilibrio financiero del sistema, a través, entre otros, de la creación de fondos multipatrocinados por empresas y por sindicatos.

Asimismo, en Argentina, país también pionero en materia de seguridad social, cuyo sistema data de comienzos del siglo, se está gestando en la fecha también un importante proyecto de reforma previsional. Así, bajo el concepto integral, se establece un sistema de jubilaciones y pensiones de carácter obligatorio y la opción para el aseguramiento en fondos de jubilaciones y pensiones que para el fin se crean. Es importante señalar que esta reforma prevé prestaciones básicas universales, complementarias y forma de capitalización individual. También, es notable que en la creación de estas AFJP, se define el concurso privado y del Estado y la participación a través de la recaudación unificada de los aportes y contribuciones sobre la masa salarial.¹

Este proyecto argentino, a diferencia de otros, es básicamente referido a pensiones y no contempla acciones en materia de salud.

¹. Pallás, Carlos Alberto. La Seguridad Social en Argentina. Seminario CIESS. Revisión de los Sistemas de Seguridad Social. Chile, 1993.

Asimismo, en Uruguay se está estudiando la necesidad de revisar el sistema de invalidez, vejez y sobrevivencia, considerando la propuesta de un sistema nacional de seguridad social con funciones asistenciales, de cobertura general obligatorio y complementario especialmente en lo que toca a pensiones.

Es necesario hacer énfasis que existen disposiciones que preceden esta propuesta, considerando que la seguridad social está conformada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Banco de Previsión Social, las Cajas de Jubilaciones Pensiones Paraestatales y diferentes servicios de retiros y pensiones, con prevalencia estatal y control específico del Banco de Previsión Social.

También se reitera que Uruguay tiene una notable evolución histórica en esta materia, que va desde 1829 con los antecedentes de la Previsión Social y que es caracterizada por un desarrollo institucional posterior de alguna complejidad.

Otro ejemplo interesante es Chile, el primer país en América, que establece un sistema de seguridad social en 1924 dirigido a los trabajadores asalariados y también el primer sistema que se reestructura sobre bases de privatización de 1980. Coexistiendo en la fecha, el nuevo con el viejo sistema y con el funcionamiento del Instituto de Normalización Previsional, a cuyo cargo se encuentra el papel de adecuación entre ambos.

Es evidente asimismo, que las modalidades del sistema de capitalización y el de reparto, así como las características en cuanto a la administración de los fondos de pensiones, el sistema de salud a cargo de varias instituciones de atención y, fundamentalmente, el desarrollo de un sistema privatizado en materia de pensiones y de salud, tiene notable influencia en otros sistemas de seguridad social de la región. En su avance, se ha perfilado el rol subsidiario del Estado y las características del concurso privado, entre otros aspectos sobresalientes.

Sin embargo, la conceptualización integral de la seguridad social, refiere también modalidades que se están implementando para articular otras ramas de seguros dentro de este cuadro, como son las que se refieren a la cesantía, los riesgos de trabajo y otras fundamentalmente, para encarar los aspectos de universalidad y solidaridad hacia la población no cubierta. Estos últimos puntos, son los que están actualmente revisándose en la seguridad social chilena, ya que el proceso de privatización en marcha, tiene varios años de precedencia.

En Bolivia se realiza un importante debate de la seguridad social y se han planteado diversas soluciones y propuestas en el sentido de que la participación de la empresa privada en algunos rubros de la seguridad social, no puede ser considerada como una transferencia de la responsabilidad del Estado, sino más bien, como un procesos que permita mejorar las prestaciones y avanzar hacia la universalización del Sistema, permitiendo una verdadera extensión de cobertura, disminuyendo las desviaciones e incrementando la competencia.²

En este sentido, se considera que la participación del sector privado en los servicios generales y operativos, representaría la disminución de costos y el desarrollo de aspectos prioritarios en la gestión de la seguridad social. Asimismo, la estructura organizativa propuesta contempla tres intendencias o direcciones nacionales: de Salud, de Pensiones y de Prestaciones Sociales. Cada una de ellas tendría a su cargo las direcciones de desarrollo, registro y fiscalización correspondientes.

En lo que respecta al área de salud se considera la existencia de dos entes gestores de la administración de salud: la Caja Nacional de Salud y la Caja Petrolera de Salud, las cuales se organizarían en forma desconcentrada a cargo de administraciones departamentales.

Por otra parte los Fondos Complementarios (entidades que tienen a su cargo la gestión del régimen voluntario y facultativo) mantendrían su actual funcionamiento, no así los Fondos de Pensiones Básicas (encargadas de administrar integralmente el régimen básico de los seguros de invalidez, vejez, sobrevivientes y riesgos profesionales), donde se permitiría la administración de dos sistemas, por un lado manteniendo el actual por encontrarse los activos en curso de adquisición de beneficios y por otro, permitiría a los trabajadores menores de 40 años adoptar voluntariamente el modelo financiero de capitalización individual.

Esta propuesta considera, en resumen, que cualquier tendencia de la seguridad social deberá respetar sus principios doctrinales de unidad, universalidad y solidaridad y considerarla como una organización estatal y no gubernamental, donde el Estado debe garantizar y responsabilizarse del estricto control y fiscalización, así

². Carranza Urriolagoitia, Alvaro. Olmos, Mario, otros. Reforma de la Seguridad social, Opciones. Instituto Boliviano de Seguridad Social. La Paz. 1992.

como el cumplimiento de la legislación respectiva. De esta forma la seguridad social deberá convertirse en un instrumento válido para la reestructuración económica.

En el caso de México, dentro del proceso de modernización y reforma del Estado, se han realizado importantes avances, entre los que se encuentran la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro y la reciente revisión a la Ley Orgánica del Seguro Social, esta última con el propósito de ampliar el campo de las cotizaciones tendiente al logro del mayor equilibrio financiero del sistema.

Debe mencionarse entre otros importantes precedentes la política social del Estado mexicano que implica el desarrollo de políticas de salud, asistencia y seguridad social, la articulación de la seguridad social con los Planes Nacionales de Desarrollo y el impulso notable de la solidaridad, especialmente con el Programa Nacional de Solidaridad.

Por ello en estas nuevas orientaciones, destaca la creación del Sistema del Ahorro para el Retiro, que se orienta al establecimiento de un sistema que apoya a los trabajadores, dando apertura a cuentas globales seguida de individualización de las mismas y que permitirán traspasos a bancos o sociedades de inversión.

Las reformas se realizan dentro del propósito de dar continuidad a la extensión generalizada de la seguridad social y al establecimiento de mínimos en esta materia.

En Colombia, por el Proyecto de Ley 155 de 1992, se prevé un Sistema de Ahorro Personal, que tome en cuenta, entre otros fundamentos, la reducida cobertura actual del sistema de seguros sociales y las diferencias cualitativa y cuantitativas a nivel nacional.

Los argumentos que sustentan al sistema nuevo están relacionados por la libertad de elección individual, selección de la administradora de fondos y la selección de edad para pensión para las personas que tienen mayor capacidad de ahorro.

Es importante señalar que este Proyecto, en su fundamentación se basa en una revisión de la política de seguridad social en ese país, definiendo la cobertura por las diversas instituciones gestoras, señalando limitaciones operativas y financieras al sistema de seguros sociales, así como la presencia de una multiplicidad institucional.

Por lo tanto, las propuestas de reforma se enfocan a abrir la posibilidad de elección por parte de los afiliados.

Es importante también señalar que estas reformas pensionales fueron analizadas en su impacto macro-económico y de costos y aunque existen opiniones que abundan en que el saneamiento³ financiero del sistema no se logrará con la reforma, por otro lado se estima que el proyecto es controversial.

Asimismo, en lo que toca a la salud, la Ley 10 de 1990, reorganiza el Sistema Nacional de Salud, colocando en manos de alcaldes y gobernadores⁴ y cabe señalar la Ley 30 de 1992 que reestructura el Instituto de Seguridad Social transformándolo en Empresa Industrial y Comercial del Estado.

Esta última disposición, aunque abre el proceso de descentralización, mantiene una cierta fragmentación del sector salud y no parece apoyar una mayor extensión de cobertura.

Otra de las reformas recientes a la seguridad social continental, es la de Perú, cuyo sistema tuvo una larga evolución hasta 1980, cuando se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social.

Posteriormente, a partir de 1990, se incorpora la planificación empresarial para el manejo de la seguridad social, lo que ocasiona incentivos en las pensiones, optimización en los procesos de recaudación y control y en las prestaciones de salud apoya la descentralización.

A pesar de que el Sistema de Salud es privatizado por ley, en realidad no se pone en aplicación aún. Asimismo, entre las reformas cabe citar la creación, en 1993, de Administradoras de Fondos de Pensiones, que no son obligatorias y que coexisten con el Instituto Peruano de Seguridad Social que continúa otorgando prestaciones de salud.

Para apreciar las tendencias presentes en instituciones que tienen una estructura reciente, cabe mencionar que en Honduras se estableció el sistema de seguridad social en 1959, siendo uno de los últimos integrados en la región. Este sistema presenta como características fundamentales el

3. La Reforma a la Seguridad Social Colombiana. Contraloría General de la República. Serie Estudios Ocasionales N° 3. Diciembre de 92. pág. 132.

4. Un Sistema de Seguridad Social para los Colombianos. ASCOFAME, 1993. pág. 16.

propósito de lograr el fortalecimiento de los servicios de salud. De ahí que desde 1991 se realiza una extensión cuantitativa del sistema con el proyecto de acrecentar la cobertura y la participación comunitaria dentro de la misma.

Los proyectos de reforma están vinculados con ampliar la base de cotización, disminuir la morosidad del Estado y otros proyectos relacionados con la aprobación de la nueva Ley del Seguro Social cuya base de cobertura amplía hacia el campo de las personas sin capacidad contributiva.

La propuesta de reforma del modelo de seguridad social para Nicaragua reafianza el propósito de lograr la universalidad, la solidaridad y la equidad. En este sentido actualmente se están proponiendo reformas tendientes a establecer un modelo de prestaciones económicas de corto y largo plazo y el logro de un modelo de atención de la salud que va desde la libre elección hasta los aportes universales y solidarios, en sistemas de médico delegado libre elección y población asignada. En este proyecto que también incluye el establecimiento de un modelo de cobertura de riesgos profesionales de bienestar social, se están realizando diversos foros con participación del Estado, de la empresa y de los sindicatos.⁵

Por su parte, en Venezuela en 1992 el Congreso Nacional creó una Comisión responsable de elaborar una Ley para reestructurar el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y crear un nuevo sistema de seguridad social en ese país.

Este proyecto de ley fue discutido en marzo de 1992 y en lo substancial se pretende lograr un sistema integral, que, entre otros aspectos introduce varios elementos de cambio en el orden de la salud y las pensiones. En este primer campo se proyecta la transferencia de hospitales de la institución gestora al Subsistema Integrado de Atención Médica, que realizaría el sistema de pago por pólizas, asimismo prevé que las cotizaciones sean recaudadas por la banca. Otros de los elementos característicos se refiere a la creación de cuentas de Capitalización Individual Solidaria.

5. Lund, Marvin y Solís, César. La Seguridad Social en Nicaragua. Seminario CIESS Revisión de los Sistemas de Seguridad Social. Santiago de Chile, Marzo 1993.

Hay en toda esta reforma una orientación muy completa hacia la revisión de todos los beneficios otorgados por ese sistema, al establecimiento de nuevas modalidades en torno a las pensiones y, fundamentalmente la reestructuración del sistema financiero y la posibilidad para el asegurado de elegir entre el régimen actual de reparto o de incorporarse al nuevo régimen de Capitalización Individual Solidaria y Subsidiaria.⁶

En forma colateral, se establecen asimismo medidas para la información del Instituto Venezolano de Seguridad Social como el aprovechamiento de infraestructura y capacidades tecnológicas la interconexión con los Entes Externos.

Asimismo se señala que el IVSS, será el eje (columna vertebral) de la seguridad social reforzándose en él la presencia del Estado.

3. CONSIDERACIONES FINALES.

En el análisis de los casos presentados, se pueden identificar elementos comunes, tales son por ejemplo que en estos últimos años hay una particular preocupación por revisar los sistemas de seguridad social, en orden de lograr darles una mayor articulación a nivel nacional.

Ahora bien, en estas acciones se distingue que varias de las disposiciones legales y de los proyectos, tienen comunes denominadores como son por ejemplo el abrir apoyos al concurso privado, simultáneamente a proponer medidas de carácter financiero planteando en casos reformas substanciales que implican un reordenamiento del propio papel del Estado en la política de la seguridad social.

Otro de los elementos comunes está relacionado con los apoyos administrativos del todo necesarios para la puesta en práctica de las prestaciones y servicios, en los que resaltan las acciones de descentralización y desconcentración, revisiones de los procedimientos de recaudación y control y del diseño y aplicación de medidas orientadas a la eficiencia y eficacia de los sistemas.

⁶ Montero, Víctor, Cardoso, Alejandro. La Seguridad Social en Venezuela. Seminario CIESS Revisión de los Sistemas de Seguridad Social. Chile, 1993.

Las reformas legales señalan la búsqueda constante de bases operativas para enfocar estas nuevas reformas, dentro de un marco que armonice los proyectos con la continuación de los programas de extensión.

Asimismo, las instituciones encaran la revisión de los modelos de salud, en los que se da un notable impulso a la atención primaria, el desarrollo de sistemas locales y la participación comunitaria.

Sin embargo, para identificar tendencias como proyectos a futuro o como orientaciones a las que habrá de inclinarse la seguridad social, se debe tomar en cuenta que ésta es un proceso dinámico que recibe el impacto de fuerzas sociales, económicas y políticas y que como todo fenómeno social está sujeta a una evolución no necesariamente predecible.

De ahí que se mencionan a lo largo de este trabajo algunos elementos que permitan apreciar tendencias, explicadas éstas como comunes denominadores del proceso que actualmente se gesta y, que en todo caso, plasma el proyecto en seguridad social al que están abocados los países y que no debe de perder de vista que este tránsito "tiene que ser pausado por necesidad, toda vez que el soporte estructural en el que descansa la seguridad social -la solidaridad entre una generación y otra- es un mecanismo de fino equilibrio, cuya modificación dista de tolerar cambios bruscos y repentinos".⁷

Finalmente, es importante resaltar la vigencia del verdadero sentir de la seguridad social, claramente expresado en la declaración constitutiva de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social al referir que "cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas, preparar el camino de las generaciones venideras y sostener a las eliminadas de la vida productiva". Esto es, concebir a la seguridad social como una economía auténtica y racional de los valores humanos. El cabal cumplimiento de esta responsabilidad sólo es posible si se hace énfasis en la autodeterminación de cada país para elegir sus propias políticas y sobre todo, en la correspondencia con sus particulares características económicas, políticas, culturales y sociales. El tener presente esto, será la mejor garantía para que la seguridad social cumpla una de sus más elevadas misiones: la justicia social.

7. Moctezuma Barragán, Javier. Tendencias de la Seguridad Social en la Seguridad Social y el Estado Moderno. IMSS, ISSSTE, Fondo de Cultura Económica. Octubre de 1992.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE
SALUD EN EL MUNDO**

**DR. ARMANDO CORDERA PASTOR
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

4 DE AGOSTO DE 1993.

REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

"Hay cosas que por sabidas se callan,
y por callarlas se olvidan".

INTRODUCCION

La sociedad cambia día a día, a veces mejora, otras ocasiones decae pero lo constante, en uno o en otro caso, es que exista un proceso con innovaciones o correcciones que se expresan como reforma, evolución, modernización o desarrollo.

Los cambios son difíciles de identificar en el momento en que se efectúan y en el corto plazo, principalmente por su multicausalidad y por ser pluridimensionales, pero además porque los juicios son sesgados por ideologías, posición personal del observador, conocimientos, percepción de los fenómenos significativos y otras variables. Por contra, es fácil identificar los cambios de hace muchos años, aún si el proceso duró mucho tiempo, ya que sus efectos son conocidos ahora.

Los sistemas de salud de cada país, desde luego, cambian constantemente, pero en cada lugar se efectúan a un paso diferente debido, una vez más, a múltiples variables culturales: educación, valores, creencias, sistema político, capacidad para modificar un conjunto de factores interrelacionados, recursos para lograrlo, etcétera. Quizá una causa cultural importante sea cómo aprecia el tiempo la población y sus autoridades. Para los países industrializados el tiempo es lineal, una vez que pasa no vuelve; en tanto que lo frecuente para las culturas latinas, en especial iberoamericanas, es que el tiempo sea circular hoy es igual a ayer y por lo tanto igual a mañana.

Margaret Mead, la respetada antropóloga norteamericana, con un enfoque similar, reconoce tres tipos de cultura, la postfigurativa en la cual el futuro repite al pasado; la configurada en la que el presente sirve de guía al cambio; y, la prefigurativa, aquella en que el adulto aprende del niño experiencias que él nunca vivió. Esta última es dominante en países industrializados.

Las reformas a los sistemas de salud son imperativas en razón de su complejidad, la que aumenta cada día debido al crecimiento de la población, el desarrollo impresionante de la tecnología, los recursos económicos siempre limitados y cambios en el interés político.

Las reformas no han cesado en ningún país y es conveniente conocerlas para hacer comparaciones en relación a datos demográficos y epidemiológicos y así poder apreciar cual es la realidad, pues sin este cotejo existe la posibilidad de creer y además pregonar, que lo que se hace en el país o institución del autor es lo mejor del mundo o de una región.

La complejidad del sistema de cada país se debe a que el concepto de salud está mal definido y asimismo lo son sus atributos, lo que da por resultado acciones implícitas; estadísticas insuficientes, inoportunas y centradas en el proceso, pero no en los resultados; una variedad de profesionales con criterios variados en la toma de decisiones, las cuales además, se hacen en diferentes niveles operativos y por lo mismo, con criterios variables, práctica médica basada en las demandas y no en las necesidades socio-médicas.

Sin duda existen otros factores, pero su importancia y pertinencia variará en cada caso.

Es conveniente recordar, lo que todos sabemos: la premisa de todo sistema, ya sea de salud o de atención médica, es que existe para beneficio de la población a la que sirve. No obstante, fijar los fines es un problema sumamente arduo y como lo dice el informe Merrison de la Royal Commission of the National Health Service de Gran Bretaña, "la ausencia de principios y objetivos declarados y detallados acerca del sistema de salud refleja en diversos grados el debate político continuo acerca de cómo prestar el mejor servicio. En lugar de principios y objetivos existen políticas que cambian de acuerdo a las prioridades del gobierno y el interés de los ministros involucrados".

En efecto, todos los sistemas de salud del mundo se limitan a objetivos muy genéricos que se expresan como una mejoría de los estándares de salud de la población y a conceptos de justicia social, tales como equidad, igualdad, libertad, responsabilidad social e individual, a cobertura, acceso y últimamente, calidad

Karl Evang, apenas en 1976, señaló que cada país tiene un sistema de salud y de atención médica acorde con su política económica y social.

Múltiples intentos se han hecho por categorizar los sistemas de salud en el mundo, uno de los más útiles es el de Alastair Campbell⁽³⁾, quien en 1978 señaló las características de los sistemas privados, llamados por el autor de tipo comercial-competitivo, que se basan en las leyes de la oferta y la demanda y que consideran al enfermo como un cliente. A los de tipo gubernamental o público les llama de tipo administrativo-profesional porque son dirigidos por profesionales, frecuentemente abogados, que son los responsables de identificar las necesidades sociales para orientar las demandas a su satisfacción.

Los sistemas comercial-competitivo y administrativo-profesional coexisten con diverso grado en los países occidentales, pero el único país que tiene proporción mayor del tipo privado es E.U.A., lo que no ha impedido que se copien sus ideas, en muchas ocasiones de manera acrítica.

Al tercer tipo de sistemas Campbell lo denomina democrático-consultativo y es exclusivo de los países socialistas; es único y no hay opción de la población a escoger. Así funcionan los de China, Sri-Lanka, Cuba y otros.

La demanda juega un papel primordial, aún si es conceptualmente opuesta en los dos primeros tipos, pues en el de tipo comercial-competitivo, toda demanda es bienvenida, siempre y cuando deje un beneficio económico. En el administrativo-profesional se estimulan las demandas para satisfacer una necesidad social definida de manera explícita, pero las demandas llamadas "frívolas", que no producen ningún beneficio y por contra ocasionan gastos a la institución y frustración a los prestadores del servicio, habría de tratar de disuadirlas.

Pero el fin de un sistema de salud o de atención médica, todos los países e instituciones coinciden, es la mejor salud posible de la población y cualquier discusión posible tiene como base esta premisa, por lo que, las recomendaciones de orientaciones provenientes de países que no han logrado buenos resultados, no deben ser tomadas en serio. Será mejor analizar lo que han hecho los países que han tenido éxito. Desde luego, no para copiarlos, pero si para estudiar lo que sea posible dentro del sistema político, social y económico en el que nos encontramos.

ANALISIS DE LA SITUACION

Aún si tuviéramos los datos actualizados y confiables de todos los países sería un trabajo sumamente extenso y largo hacer todas las comparaciones posibles, pero sobre todo, sería inútil y embrollado.

La información nunca será completa ni exacta, pero aceptemos que es indicativa.

Asimismo, tenemos que seleccionar unos pocos indicadores que han sido aceptados internacionalmente como válidos para evaluar resultados de los sistemas de salud.

Desde luego, hay acuerdos acerca de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y a los 65 años de edad, el porcentaje de la población que tiene más de 65 años, la mortalidad general y la materna.

Tomando como base estos indicadores, les pido que vean el cuadro #1 que permite dar una idea de la manera que captan sus datos los países de la OCDE y apreciar cuáles son los países que obtienen mejores resultados de sus acciones en el campo de la salud.

En el cuadro #2 podrán estimar algunos aspectos demográficos y económicos relacionados con la salud.

En los cuadros 3 y 4 se anotan los mismos datos en relación a los países de América Latina.

El análisis y las reflexiones las pueden hacer posteriormente, ahora se trata exclusivamente de ubicarnos en una realidad aproximada.

Los directivos de salud en cada país hacen constantemente estos análisis y tratan de mejorar su situación aún si comparativamente son los que tienen resultados superiores, pues saben que todo sistema tiene fortalezas y debilidades. Las fortalezas de cada sistema son cambiantes, no así las debilidades que siempre se relacionan con la información y la falta de estándares.

Los directivos de la salud en cada país resultan de una combinación de expertos y de recién llegados, de profesiones y experiencias variadas. Aún si pertenecen a un mismo partido político, sus puntos de vista sobre lo que es y debiera ser, el sistema de salud, son múltiples.

La discusión es habitualmente sobre los mismos temas y sus posibles interpretaciones: libertad, equidad, igualdad, responsabilidad social, clase social, tecnología necesaria, especialización, pero sobre todo y cada vez con mayor interés en la manera de financiar los servicios.

La moda juega un papel importante en el desarrollo de los sistemas de salud y el reto para el directivo estriba en identificar lo que es significativo y trascendente para aplicarlo y obtener resultados positivos. Por contra, descartar aquellas actividades que no son viables. La historia reciente nos muestra temas recomendados en las últimas décadas y de los cuales es evidente que muchos llegaron para quedarse, otros apenas si sobreviven y algunos han sido olvidados. Sin afán de categorizarlos, anoto algunos: automatización, especialización, construcción de hospitales, sociología médica, tecnología apropiada para la salud, administración por objetivos, investigación evolutiva, planeación estratégica, liderazgo, motivación, teoría de sistemas, investigación de operaciones, calidad. Cada quien categorizará estos rubros y muchos más que faltan como muy importantes o inútiles, pero lo importante es recordar que todos son solamente medios para lograr un fin, la salud de la población.

CUADRO 1
INDICADORES DE SALUD EN PAISES DE LA OCDE 1988

PAIS	MORTA. INFANTIL	EXPECTATIVA DE VIDA		EXPECTATIVA DE VIDA A LOS 65 A.		% POB. DE + 65 AÑOS	MORTALIDAD GENERAL		MORTA. MATERNA
		HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.		HOM.	MUJ.	
AUSTRIA	8.1	72.0	78.6	14.5	17.8	14.9	1,082.0	660.0	5.7
BELGICA	9.4	71.4	78.2	13.6	17.8	14.5	1,158.0	677.0	3.4 (+)
DINAMARCA	7.5	71.8	77.7(0)	14.2	18.1	15.4	1,093.0	697.0	3.4 (+)
FINLANDIA	6.1(+)	70.7(0)	78.7	13.5(0)	17.7 (0)	13.1	1,211.0	657.0	5.0
FRANCIA	7.7	72.3	80.6 (+)	15.7 (+)	20.4 (+)	13.6	980.0	514.0	9.3
GRECIA	11.0(0)	74.1	78.9	15.5 (+)	17.5 (0)	13.6	952.0	670.0	—
ISLANDIA	6.2	74.6(+)	79.7	15.6 (+)	18.9	10.5 (0)	913.0	598.0	3.4 (+)
IRLANDA	8.6	71.0	76.7(0)	13.1(0)	16.6	11.1 (0)	1,212.0	760.0	5.5
ITALIA	9.3	72.7	79.4	14.3	18.2	13.6	1,066.0	629.0	5.5
LUXEMBURGO	9.4	70.6(0)	77.9	13.2 (0)	18.0	13.3	1,254.0	660.0	—
HOLANDA	6.8	73.3	79.9	14.4	19.3 (+)	12.5	1,007.0	564.0	9.6 (0)
NORUEGA	8.3	73.1	79.6	14.4	18.8	16.1(+)	1,047.0	595.0	5.6
PORTUGAL	13.0(0)	70.7(0)	77.6(0)	14.2	17.5(0)	12.9	1,165.0	704.0	6.6
ESPAÑA	8.1	73.2	79.8	15.0	18.4	13.1	998.0	603.0	4.4
SUECIA	5.8 (+)	74.2(+)	80.0	15.1	19.1	17.8 (+)	959.0	571.0	4.8
SUIZA	6.8	73.9	80.7(+)	15.4	19.8 (+)	14.8	937.0	530.0	10.0 (0)
ALEMANIA	7.6	71.8	78.4	14.1	18.1	15.4	1,096.0	640.0	7.5
JAPON	4.8(+)	75.5(+)	81.3(+)	—	—	11.2	—	—	—
AUSTRALIA	8.7	73.1	79.5	—	—	10.9 (0)	—	—	—
G. BRETAÑA	9.0	73.9	78.1	13.9	17.8	15.6 (+)	1,088.0	684.0	9.0
CANADA	7.2	73.0	79.7	—	—	11.1 (0)	—	—	—
E.U.A.	10.0(0)	71.5	78.3	14.8	18.7	12.3	1,064.0	647.0	10.1(0)

Fuente OCDE Health Systems: Facts and Trends.

Schieber, G.E; Poullier, J.P. and Greenwald, L.M. Health Care in Twenty Four Countries. Health Affairs, Fall 1991

CUADRO 2
DATOS ECONOMICOS EN SALUD DE PAISES DE LA OCDE 1989

PAIS	POBLACION (millones)	PROD.NAL. BRUTO PER CAPITA	%PNB EN SALUD	% GUBER NAMENTAL	GASTO EN SALUD PER CAP.	CAMAS POR 1000 hb.	CADA MEDICO GASTA
AUSTRIA	7.6	11,644.0	8.2	67.0 (0)	1,093.0	10.7	—
BELGICA	9.9	11,802.0	7.2	89.0	980.0	8.3	—
DINAMARCA	5.1	13,329.0	6.3 (0)	84.0	912.0	6.1	(0) 25,895.0
FINLANDIA	4.9	12,828.0	7.1	79.0	1,067.0	13.5	—
FRANCIA	55.9	10,740.0	8.7 (+)	75.0	1,274.0	10.2	57,270.0
GRECIA	10.0	6,363.0 (0)	5.1 (0)	89.0	371.0 (0)	5.2	—
ISLANDIA	0.2	15,508.0 (+)	8.6	88.0	1,353.0	14.8 (+)	—
IRLANDA	3.5	7,541.0 (0)	7.3	84.0	658.0	6.4	(0) 26,057.0
ITALIA	57.2	12,254.0	7.6	79.0	1,050.0	7.5	72,926.0
LUXEMBURGO	0.4	14,705.0	7.4	92.0 (+)	1,193.0	12.5	90,992.0
HOLANDA	14.8	12,252.0	8.3	73.0	1,135.0	11.7	46,702.0
NORUEGA	4.2	15,405.0	7.6	95.0 (+)	1,234.0	15.3 (+)	—
PORTUGAL	10.3	6,297.0 (0)	6.3 (0)	62.0 (0)	464.0 (0)	4.7 (0)	—
ESPAÑA	38.9	8,681.0	6.3 (0)	78.0	644.0 (0)	4.4 (0)	—
SUECIA	8.4	13,771.0	8.8 (+)	90.0 (+)	1,361.0	13.3	—
SUIZA	6.6	15,842.0 (+)	7.8	68.0	1,376.0 (+)	9.9	85,640.0
ALEMANIA	61.4	13,323.0	8.2	72.0	1,232.0	10.9	67,067.0
JAPON	122.0	—	6.7	73.0	1,035.0	15.6 (+)	(+) 183,761.0
AUSTRALIA	—	—	7.6	70.0	1,125.0	9.9	81,430.0
G. BRETAÑA	57.1	12,340.0	5.8 (0)	87.0	836.0	6.5	(0) 34,823.0
CANADA	—	—	8.7 (+)	75.0	1,683.0 (+)	6.9	(+) 112,035.0
E.U.A.	243.4	18,338.0 (+)	11.8 (+)	42.0 (0)	2,354.0 (+)	5.1 (0)	(+) 183,281.0

Tomado : Rublee, Dale A. and Schneider, Markus. International Health Spending; Comparisons with the OECD, Health Affairs. Fall 1991 pp 187-198

CUADRO 3
INDICADORES DE SALUD DE PAISES DE AMERICA LATINA

PAIS	MORT. INFANTIL		ESPECTATIVA		% POB. DE + 65 A.	MORTALIDAD		MORTALIDAD MATERNA
	1987	ESTIMADA 1985-90	VIDA AL NACER			GENERAL*		
			HOM.	MUJ.		HOM	MUJ.	
ARGENTINA	25.7	32.0	67.3	74.0	9.8 (+)	880.0	680.0	55(3)
BOLIVIA	124.0 (0)	—	50.9 (c)	55.4 (0)	3.2 (0)	—	—	—
BRASIL	24.8	63.0	62.3	67.6	5.4	690.0	480.0	34(3)
COLOMBIA	21.5	46.0	65.5	71.1	4.5	550.0	420.0	86(4)
CUBA	11.9(+)	15.0 (+)	73.5 (+)	77.0 (+)	9.4 (+)	140.0	590.0	39(1)
COSTA RICA	14.7 (+)	18.0 (+)	72.4 (+)	77.0 (+)	5.1	4.3	33.0	18(1) (+)
CHILE	19.5	20.0	68.1	75.0	6.7	610.0	510.0	51(2)
ECUADOR	47.7	63.0	63.4	67.6	4.0	570.0	470.0	156(1) (c)
EL SALVADOR	32.5	59.0	58.0 (0)	66.5	4.2	730.0	490.0	59(4)
GUATEMALA	56.1 (0)	59.0	59.7	64.0 (0)	3.7	920.0	790.0	92(1)
HONDURAS	17.4	82.0 (0)	61.9	66.1	3.5(0)	530.0	420.0	—
JAMAICA	16.5	21.0	71.3 (+)	76.7 (+)	5.9	620.0	570.0	—
MEXICO	23.6	47.0	65.7	72.3	4.6	550.0	430.0	65(3)
NICARAGUA	28.5	62.0	62.0	64.6	3.1 (0)	—	—	12(3) (+)
PANAMA	17.1	23.0	70.2	74.1	5.4	450.0	350.0	36(2)
PARAGUAY	40.3	42.0	64.8	69.1	3.6	590.0	530.0	194(2)(c)
PERU	33.8	99.0 (0)	59.5 (0)	63.4 (0)	4.3	520.0	480.0	—
REP. DOMINICANA	56.6 (0)	65.0 (0)	63.9	68.1	4.3	470.0	400.0	94(4) (0)
SURINAM	17.6	31.0	67.1	72.1	5.5	680.0	530.0	31(2)
TRINIDAD Y TOBAGO	11.4 (+)	20.0 (+)	67.7	72.8	5.5	690.0	580.0	89(2)
URUGUAY	27.5	27.0	68.8	75.3	12.2 (+)	1,080.0	880.0	28(2) (+)
VENEZUELA	24.4	36.0	66.7	72.8	4.3	500.0	390.0	55(2)

*Años entre 1984 y 1987. Se estima un subregistro que va del 1.4 hasta del 72.6% en mortalidad general

(1)1988

(2)1987

(3)1986

(4)1985

Datos tomados de OPS/OMS. Las condiciones de Salud en las Américas 1990
Washington, D.C. 1990.

CUADRO 4
DATOS ECONOMICOS EN SALUD
PAISES DE AMERICA LATINA

PAIS	POBLACION 1990 EN MILLONES (1)	PRODUCTO NAL. BRUTO PERCAPITA 1988	POR CIENTO DEL P.N.B. EN SALUD EN SALUD 1986	POR CIENTO DEL GASTO TOTAL GUBERNAMENTAL	GASTO EN SALUD PERCAPITA 1986 (2)	CAMAS POR 1000 HBTS. 1987
ARGENTINA	32.3	2,862	0.6	3.2 (0)	19.0	4.8 (+)
BOLIVA	7.3	724 (0)	-	-	-	1.9
BRASIL	154.4	2,449	0.4 (0)	-	10.0	3.5
COLOMBIA	31.8	1,739	-	-	-	-
CUBA*	10.6	-	-	-	-	5.0 (+)
COSTA RICA	3.0	2,235	0.3 (0)	2.4 (0)	7.0 (0)	2.6
CHILE	13.2	2,518	2.4 (+)	7.5	55.0 (+)	3.3
ECUADOR	10.8	1,477	1.8	11.3 (+)	27.0	1.7
EL SALVADOR	5.3	955	-	9.4	-	-
						1.5
GUATEMALA	9.2	1,502	-	-	11.0	1.6
HONDURAS	5.1	851 (0)	0.7	11.0 (+)	23.0	1.1 (0)
JAMAICA	2.5	1,843	2.7 (+)	-	-	2.4
MEXICO	88.6	2,588	-	5.8	29.0	0.7 (0)
NICARAGUA	3.9	819 (0)	1.1	13.8 (+)	-	1.4
PANAMA	2.4	2,229	-	-	7.0 (0)	3.2
PARAGUAY	4.3	2,559	0.5 (0)	5.8	-	1.0 (0)
PERU	22.3	1,503	-	-	-	1.5
REP. DOMINICANA	7.2	1,509	0.6	6.8	9.0 (0)	2.0
SURINAM	0.4	3,420 (+)	-	-	-	4.7 (+)
TRINIDAD Y TOBAGO	1.3	5,510 (+)	3.1 (+)	8.5	194.0 (+)	3.8
URUGUAY	3.1	2,989	-	-	-	4.8
VENEZUELA	19.7	4,544 (+)	1.1	5.2 (0)	49.0 (+)	2.6

Fuente U.N. Populations Prospects, 1988. New York 1989

Datos tomados. OPS/OMS Las condiciones de Salud en las Américas. Edición 1990. Washington, D.C. 1990.

(1) Estimada

(2) En dólares

*Datos Captados por OPS/OMS, UNICEF y MINSAP.

Recientemente un nuevo término ha llegado y creo que es importante, el de "incentivos perversos" traducidos como aquellos estímulos que dañan a la población, a las instituciones o a los prestadores de servicios. Sería el caso de dar mayor importancia al proceso que al resultado; o a contar con insumos sin saber cual va a ser su efecto; o el análisis de la utilización de los recursos sin tomar en cuenta el impacto; o el hecho de enfatizar la producción de servicios sin relacionarla con el costo y con el estado de salud de la población.

También se aplica al hecho de exigir más a los trabajadores capaces y a los que tienen mejores resultados y por contra, quitan trabajo y responsabilidades a los ineptos o perezosos; el paciente nunca está consciente del costo en el momento que usa el servicio y exige aún si es una demanda frívola, pero el médico la valida. Definitivamente, creo que el término de incentivo perverso está bien aplicado y cada vez va a aclarar situaciones que se han dado en todos los países del mundo y han afectado al personal capaz y a la economía institucional.

En relación a los intereses comunes voy a enfatizar los que se identifican como constantes en los países industrializados.

Aún si las interpretaciones pueden diferir, en los últimos meses se aprecia un acuerdo en relación al derecho a la salud y el acceso a los servicios por todos los ciudadanos sin importar el sitio en que viven, su raza, sexo, edad y sus circunstancias económicas.

Además se acepta que es necesario avanzar en:

- Información captada con criterios explícitos y con base demográfica y epidemiológica.
- Factores de riesgo por grupos de edad y estratos socio-económicos para calcular las necesidades relacionadas con la salud de la población.
- Aceptar que la salud es una responsabilidad pública y que corresponde a las autoridades locales participar en su logro.
- El sistema de servicios de atención médica requiere de un sistema nacional de seguros que interactúen con uno de bienestar social o asistencia pública.
- Que la atención primaria, con la definición propuesta en Alma Ata, es esencial para un sistema eficiente.
- La investigación en servicios de salud es una necesidad para cada país o institución ya que sus resultados sólo tienen valor para el universo en el que se lleva a cabo.

- La calidad de los servicios es muy importante, por lo que es necesario definir estándares y bases estadísticas como punto de partida para crear círculos de calidad o métodos útiles.

En general, también se aprecian cambios con algunas coincidencias en las décadas pasadas, las que comentaré en los países de la OCDE y en los de América Latina.

En Europa, durante los años sesenta se transfirió la responsabilidad de la psiquiatría del nivel central al regional o local. Hubo un aumento de los recursos aplicados a la salud que dio como resultado la construcción de más hospitales.

Durante la década de los años setenta el costo de la tecnología aumentó notablemente y los países tuvieron que recurrir a economías en algunos rubros, particularmente en disminución de incentivos a los médicos. Se inició la discusión acerca de cómo prestar la atención a enfermos de edad avanzada, ya que utilizan 10 veces más los servicios que las personas en edad productiva. Se desarrolló la industria de las comunidades para la tercera edad.

La década de los años ochenta se caracterizó por la transferencia casi total de la responsabilidad a los distritos o municipios en base a un mayor desarrollo de la atención primaria. Los cambios fueron fundamentales en el financiamiento de los servicios, hablándose de competencia, disminución de la burocracia y mejorar las opciones para que los pacientes puedan seleccionar entre diferentes maneras de financiar los servicios y escoger al prestador que les parezca adecuado en el primer nivel de atención.

En la actualidad, las discusiones se relacionan con largas listas de espera para ciertos procedimientos; la falta de incentivos para los médicos que se manifiesta por carencia de personal; la falta de mecanismos adecuados para evaluar resultados y la calidad; la necesidad de separar financiamiento y producción de servicios; asignación de recursos en razón de las necesidades sociales y no de las demandas tecnológicas o en los deseos de los prestadores del servicio; la necesidad de usar la competencia comercial como un medio para adquirir mejores recursos a un precio aceptable y finalmente, responsabilizar al nivel político del estado de salud de la población.

En América Latina también existe un patrón en los cambios dados en los sistemas de salud. Juan César García, de la OPS, los describió así:

De 1920 a 1940 excesiva preocupación por especializar a más médicos.

Entre 1940 y 1955 todos los países descubrieron la importancia de la seguridad social y se unieron a Chile y Perú, que la habían iniciado previamente. Cada país tiene un sistema de seguridad social diferente, algunos llegan a tener 20 o más cajas. Costa Rica y Cuba sólo tienen una institución.

En la década de los años cincuenta se construyen la mayoría de los grandes hospitales.

Al escasear los recursos en los años sesenta se remodelan los viejos nosocomios de los ministerios de salud, todos con una ubicación envidiable.

La década de los años sesenta se caracteriza por el interés en atender a la población rural.

Juan César García murió en 1983 y por lo tanto con su opinión sintética para la década pasada, pero es evidente que el sello fundamental fue la crisis económica y los cambios legales para considerar a la salud con un derecho. La falta de recursos dio lugar a que muchos médicos de prestigio dejaran las instituciones públicas o sociales; pero quizá lo más grave fue que hubo necesidad de reducir el presupuesto para la educación médica, lo cual incluye disminución de la asistencia a congresos, falta de equipo e incapacidad de suscribirse a revistas, lo que seguramente va a afectar el futuro inmediato.

LAS REFORMAS POR PAISES

Cada país cambia de acuerdo a su desarrollo social, a las tendencias políticas, la presión de la población o de los prestadores de servicios, el acceso a la información y muchas otras variables. El cambio que está experimentando Estados Unidos de América ha permitido que nosotros tengamos acceso a mucha información difícil de obtener en otros momentos históricos, por lo tanto, iniciaremos con ese país.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA. Charles Weller señala que hasta ahora las características del sistema norteamericano han sido:

- Selección del médico por el paciente sin que la compañía aseguradora pueda negociar con el médico.
- Selección libre de la prescripción por parte del médico, sin que la aseguradora pueda asegurar la calidad o lo apropiado de la prescripción.
- Negociación directa de los honorarios entre médico y paciente.

- Pago por acto médico, lo que permite al profesional aumentar los servicios.
- Práctica individual para tener la posibilidad de referir pacientes, a los que se les cobrará por acto médico.

Un papel importante en el mantenimiento de estos principios ha sido la creación de las compañías Ble-Cross y Blue Shield por parte de la American Medical Association. Las demás compañías de seguros siguen los puntos trazados por esas dos empresas.

Las organizaciones llamadas en inglés HMO, cuya traducción sería organización de prepago y prestación directa de servicios de salud, se iniciaron en la década de los años setenta, proporcionan atención integral, que incluye la preventiva, las 24 horas del día y su financiamiento se hace por presupuestos globales, pero respetaron el modelo prevalente.

En resumen, los intentos fueron dominados por los incentivos de aumentar el costo por acto médico combinado por la demanda inconsciente de los pacientes asegurados por obtener más servicios, necesarios o no. La batalla ha sido, desde que se formaron los primeros programas prepagados alrededor de 1930, por hacer conscientes a los usuarios del costo de la atención.

En ocasiones la población ha alcanzado victorias pírricas, pues nunca se ha logrado estandarizar los beneficios. Importantes han sido los grupos Ross Loos de los Angeles (1920), Kaiser Permanente (1930), el programa beneficios de salud para empleados federales (1960) y la propuesta enviada por Ellwood, Mc. Cluse y Fleming al presidente Carter para un plan nacional de seguros en base a una competencia regulada del sector privado, que fracasó por aspectos políticos y legales.

Ya en el pasado reciente, durante la campaña presidencial, Bush acusó a Clinton de que su propuesta de regular el sistema de salud repercutiría en una intervención masiva del gobierno en el mercado médico y eso traería como consecuencia un fortalecimiento de la burocracia.

Clinton rechazó la polarización entre regularización y privatización y explicó cual es su tesis sobre la regularización de la atención médica, la cual ha sido propuesta por Enthoven, Paul Starr y el grupo Jackson Hole para contener su costo.

La voz principal ha sido Alain Enthoven que define a la competencia administrativa como una estrategia de compra de servicios médicos para que las empresas y sus trabajadores obtengan el máximo valor de su dinero. Se premia anualmente a los servicios que dan atención integral en razón del costo por persona. Dado que los pacientes y sus familias están en una posición débil para tomar decisiones acertadas, se requiere un grupo defensor, en

este caso una cooperativa que compra los servicios a una aseguradora de salud (Health Insurance Purchasing Cooperative: HIPC). La cooperativa estructura y ajusta el mercado entre planes competitivos para establecer reglas que eviten la elección de riesgos. Para tener derecho a los premios los médicos deben estar motivados hacia conductas económicas.

La discusión de estas ideas ha sido intensa y han participado asociaciones y colegios médicos, académicos, políticos de todos los niveles y la población en general. Hay defensores del status quo y del cambio radical y entre ellos de todos los matices posibles. La propuesta al Congreso aún no se había presentado cuando escribí este documento.

Aún no está clara la propuesta que hará el gobierno acerca de la mala práctica médica. Un cambio podría ser que se considerara no una responsabilidad individual sino institucional. Si parece que se pretende disminuir la vigilancia excesiva, el papeleo y muchas regulaciones que permiten a las compañías aseguradoras exigir un cúmulo de requisitos para pagar.

A pesar de que se ha reconocido desde un principio que era indispensable reducir los costos; sin embargo, no hay aún claridad de cómo se piensa lograr.

La autonomía clínica va a ser un tema de intensa discusión, pues los grupos médicos temen que se pueda dañar más. Los economistas piensan, en general, que esa autonomía es la causa del alto costo de la atención médica.

CANADA. El sistema canadiense de salud no es único, sino el conjunto de cada una de sus provincias que, además, tiene programas diferentes para niños, mujeres y ancianos.

Como en cualquier otro país, los políticos con interés en la salud son pocos y en la historia se ha visto que muy pocos repiten en sus puestos. Los funcionarios deben enfrentar un problema universal: la insaciable demanda y la limitación de los recursos.

Según Naylor, Gran Bretaña y Estados Unidos representan los dos polos opuestos en lo referente a racionalizar los servicios, pues el Servicio Nacional de Salud de GB, ofrece servicios gratuitos en el momento de su uso, lo cual da como resultado largas colas de espera; en EUA los asegurados, alrededor del 80% de la población, rara vez esperan para ser atendidos en un servicio privado; las colas las hacen el 18% de los trabajadores que no están asegurados y los demás que tampoco lo tienen.

Canadá se ubica en un punto intermedio; está financiado por la administración pública y es universal, pero la atención es prestada por organismos privados. La administración está descentralizada a las provincias y en cada una de ellas a los distritos. El exceso de algunas demandas ha obligado a dar citas a largo plazo, por ejemplo, en cirugía cardíaca.

La población está no solo satisfecha, sino orgullosa de esta organización de los servicios de salud.

Los honorarios médicos se negocian periódicamente a nivel provincial.

La operación del sistema es complicada, debido a que el país pasa por una recesión y los fondos públicos no han aumentado, pero sí ha crecido la demanda y el número de médicos. Además, la población exige mejoría de la calidad.

El reto para Canadá es cómo mantener la contención del costo si aumenta el precio de los insumos y el número de médicos. Su reforma considera básica esta situación.

GRAN BRETAÑA. El modelo del National Health Service ha sido el paradigma para la seguridad social de varios países de América Latina, aún si existen diferencias en el financiamiento, en la cultura y en el desarrollo industrial. Como se sabe, el 90% de los servicios son financiados por el pago de impuestos.

El gobierno de Margaret Thatcher trató de modificar el sistema en muchas ocasiones, pero recibió un rechazo total pues goza del aprecio de la población sin distinción de su pertenencia a partidos políticos. No obstante, el Parlamento promulgó una reforma en 1990 que va a cambiar las relaciones internas y el balance ya establecido entre pacientes, prestadores de servicio y el gobierno. Consiste en fortalecer la medicina general sin asignar recursos para ello, lo que dará como resultado que los especialistas se debilitarán; en ningún momento se habla de la población. El actual Primer Ministro apoya esta modificación, pero desea aumentar los recursos en un 20%. Los administradores están en favor, la mayoría de los médicos en contra. A pesar de esa reforma, se mantiene un aceptable equilibrio y la aceptación general.

Los médicos están conscientes de los costos y gracias a ello, la libertad clínica es un valor positivo y no un problema. A corto plazo se supone que los médicos tendrán cada día mayor dificultad para tomar decisiones racionales a este respecto. El 90% de los contactos médico-paciente se dan en el primer nivel de atención y allí se autocontrolan las referencias a especialistas. Obviamente la capacitación del médico general es de una excelente calidad.

En voz de John Lister, del Colegio Británico Real de Médicos la reforma de Thatcher ha creado mucha incertidumbre en aspectos financieros y cómo van a afectar la profesión médica e invita a una revisión periódica para evitar que los médicos generales se interesen más en lograr ahorros que los beneficien, olvidando lo que debiera ser y ha sido hasta ahora su deber prioritario: la salud de la comunidad británica.

AUSTRALIA. Este país ha sido motivo del interés general debido a que tiene un sistema nacional de seguros de salud financiado públicamente al cual se ha asociado una alternativa privada.

El producto nacional bruto ha crecido y se han podido asignar más recursos a la salud, pero el 7% del gasto total, asignado por el gobierno, sigue estable a pesar de que su sistema cambia constantemente. Ellos dicen que cada 15 minutos.

Medibank es un servicio de seguros de salud obligatorio y universal promulgado en 1975, año en que fue derrotado el partido laborista por el conservador o liberal que prometió no modificarlo pues era bien aceptado por la población. Su promesa la cumplieron durante un año. En 1983 el partido laborista ganó las elecciones y se iniciaron el Medibank 2,3, etcétera, cada uno con el mismo nombre pero diferente en su contenido.

Cuando el partido conservador volvió al poder iniciaron un programa llamado de co-pago por la población, el cual inicialmente era de 25% y ahora llegó al 60% de cada acto médico, pero con un límite para que el paciente no pagara más de veinte dólares por cada acto.

En septiembre de 1981 el uso de hospitales públicos quedó restringido a pensionados y para la asistencia social.

Los cambios no han cesado y el actual Medicare provee acceso universal, financiado por los impuestos públicos, tanto para la atención ambulatoria como la hospitalaria.

Los que han comprado seguros privados usan hospitales privados y seleccionan a su médico, pero también pueden seleccionar un hospital público y a un médico. Los seguros privados no pueden hacer contratos diferenciales. En Australia se han hecho muchos estudios sociológicos y se sabe que existe una importante desigualdad social y por lo tanto, riesgos diferentes para la salud. Los minusválidos, enfermos, viejos, mujeres y aborígenes tienen en general pobre acceso a los servicios.

Llama la atención que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son programas prácticamente ausentes del sistema.

El debate sobre la salud seguirá por mucho tiempo en ese país y será sumamente difícil elaborar un análisis objetivo.

JAPON. Las características fundamentales y únicas de este país, es que tienen cobertura universal, su costo es el más bajo de todos los países industrializados, la equidad alcanza un alto grado, hay libertad para que el paciente seleccione a su médico, los seguros médicos son no lucrativos. Con ello obtiene una mortalidad infantil de 5 por mil nacidos vivos, la más baja del mundo y su expectativa de vida al nacer es de 75.6 para los hombres y 81.4 para las mujeres. Quizá todo ello se debe a factores culturales, pues hay una gran homogeneidad étnica y económica, además de un desempleo bajísimo.

Las políticas de salud se dictan a nivel central. 94% de la atención ambulatoria y 80% de la atención hospitalaria es privada y no hay restricciones para sus inversiones. Los hospitales lucrativos están prohibidos. La atención ambulatoria se da en consultorios de médicos aislados que tienen algunas camas, porque ellos no tienen acceso a hospitales.

Todo ciudadano pertenece a un plan de seguros médicos, los cuales tienen ofertas y cuotas uniformes, no importa si el servicio se presta en un consultorio o en un hospital, por un médico recién egresado o por un especialista reconocido. Si el individuo está empleado, la empresa le ofrece un plan de aseguramiento. Si tiene un negocio o un oficio y no tiene un empleador, el gobierno se encarga de administrarle su plan. Estos planes pueden variar en relación a los deducibles o a los premios. No hay posibilidad de cargos extras al paciente.

No hay abuso de alcohol y drogas, ni prácticas criminales que producen daño al ser humano o SIDA en proporciones similares a los países de occidente. Sólo ha habido 195 caso de SIDA hasta 1990 la mayoría hemofílicos. Sus problemas mayores son el tabaquismo (61%), alta incidencia de accidentes cerebrovasculares, no han podido aumentar el 12% de población mayor de 65 años (similar a EUA).

Los costos son bajos porque la atención primaria es la dominante y de alta calidad; las negociaciones hechas por los proveedores del servicio para mantener bajos los precios de medicinas, exámenes de laboratorio y gabinete han sido muy hábiles; dado que todos los seguros son uniformes, no hay posibilidad de discusiones y por lo mismo, su administración es muy barata; las operaciones consumen mucho tiempo y esfuerzo, pero se pagan igual que una atención ambulatoria y los médicos no tienen interés en operar a pacientes que pueden tratar de manera conservadora; se presume que la calidad es uniforme y por ello no existen incentivos para asegurarla o garantizarla.

No hay intenciones del gobierno para cambiar el sistema, pero hay presiones de la Asociación Médica del Japón para cambiar el sistema de pagos a médicos.

PAISES DE EUROPA OCCIDENTAL. Jeremy Hurt asesor del National Health Service de Gran Bretaña dice que la mayoría de los países de Europa Occidental comparten características similares: toda su población tiene acceso a los servicios de salud, permiten a los pacientes seleccionar al médico de su preferencia y tratan de contener el costo; han logrado vías aceptables para financiar la atención médica la cual es bien aceptada por la población y logran resultados muy buenos. En prácticamente todos los casos los ricos sostienen a los pobres, los sanos ayudan a los enfermos y los jóvenes subsidian a los ancianos.

Los objetivos explícitos de Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, España y Gran Bretaña, aún si son muy generales, coinciden en:

- Acceso adecuado y equitativo a un mínimo de servicios.
- Igualdad de tratamiento para necesidades iguales.
- Protección en caso de riesgos catastróficos a su salud o a su ingreso económico.
- Eficiencia macroeconómica, o sea que se deben obtener los máximos beneficios por el gasto del P.N.B., destinado a la salud.
- Eficiencia microeconómica en relación con resultados y satisfacción de la población.
- Libertad para seleccionar médicos y con su ayuda, de las referencias.
- Libertad profesional a médicos y otros prestadores del servicio.

Es ocioso decir que esos resultados se obtienen en mayor o menor grado en cada país.

Hay un porcentaje de servicios que se prestan con el esquema privado. Según datos de OCDE, serían, en hospitales.

Bélgica cerca del 50%; Francia 10%; Alemania 13%; Holanda 3%; España 25% y Gran Bretaña 6%. En servicios ambulatorios Bélgica 20%; Francia 35%; Alemania 25%; Holanda 34%; no hay datos de Irlanda, España y Gran Bretaña. Todos los países cubren a toda la población pero los seguros públicos o privados se pueden combinar con pagos directos a proveedores de servicios vía reembolso a los pacientes, participación o división del costo entre las partes,

pago directo a hospitales o médicos según un contacto específico, o bien pagos globales por medio de salarios. Los servicios privados tienen una gran variedad de maneras para organizarse. Los gobiernos juegan un papel regulador o una organización vertical.

En el cuadro #5 ustedes podrán apreciar algunas características de varios países.

La satisfacción de la población está entre 41 y 47% inferior a Canadá (56%) pero superior a EUA (10%).

En relación a las reformas en los últimos años se aprecia que España aumentó su cobertura de 85 a 100%. Holanda trata de lograr el 100% de cobertura para la atención de enfermedades agudas que sólo llegaba al 70%. En todos los países ha habido aumento del aseguramiento voluntario para riesgos específicos. Todos los países han mejorado su mecanismo para contener los costos en relación a la década precedente; se ha comprobado que este resultado es multicausal y se debe manejar así, aún si algunos mecanismos pueden tener mayor peso, como es el manejo de presupuestos globales que fue responsable de un ahorro del 13% en los países de la OCDE o la introducción de conceptos de competencia administrativa para regular a los prestadores del servicio o crear incentivos positivos. Como problema esencial se aprecia la falta de uniformidad para captar datos y la carencia de sistemas de información con base demográfica y epidemiológica. Sólo Suecia a nivel de país y la Administración de Veteranos como institución, han logrado un verdadero sistema de información.

EUROPA DEL ESTE. Durante el verano de 1991 el mundo presencié la caída de los regímenes comunistas de Europa y dio por resultado la autonomía de las repúblicas soviéticas y de países satélites.

Los reformadores soviéticos ya habían hablado de cambiar un sistema plagado por pobre financiamiento, establecimientos y equipos anticuados, baja aceptación de los servicios de salud y falta de incentivos para los prestadores de servicios. El estado de salud de la población, con la poca información existente demostraba pobre expectativa de vida, alta mortalidad infantil y materna. El problema es cómo cambiar un sistema que no funcionó en esos países, a uno eficiente. Parece ser que ahora quieren pasar a sistemas descentralizados pero tienen un problema de una gran cantidad de médicos que fueron siempre empleados públicos que habían aceptado los incentivos perversos de un sistema presupuestal tradicional en el que se premiaba el proceso y no los resultados, pues daba particular importancia a la medición del proceso de producción de los servicios: número de consultas, de exámenes de laboratorio o de rayos X, de pláticas para la promoción de la salud, etcétera.

CUADRO 5
CARACTERISTICAS ECONOMICAS DE SIETE PAISES DE EUROPA

PAIS	SEGURO OBLIGATORIO 1990	SEGURO PRIVADO	ATENCION AMBULATORIA					HOSPITAL				GOBIERNO		
			REMBOLSO	PAGO EXTRA X PAC.	PAGO ACTO MEDICO	PAGO CAPTACION	CONTRATOS	PAGO POR ASEGURADO + REMBOLSO	PAGO POR DIA A PREST.SERV.	PRESUPUESTO GLDBAL HOSP. PUBLICO	MEDICO ASALARIADO	PLANEA	REGULA	
BELGICA	✓	✓	✓				✓	✓					✓	✓
FRANCIA	✓	Complem.	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ALEMANIA	75%	25%			✓					✓				✓
IRLANDA	70%	30%	✓			✓	✓							✓
HOLANDA	✓	30%enf.agudas	✓		✓	✓			✓					✓
ESPAÑA	✓													✓
GRAN BRETAÑA	✓									✓	✓			✓

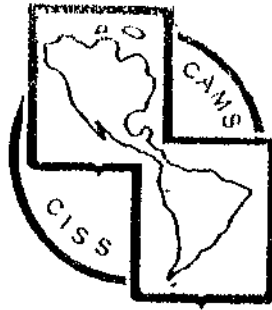
FUENTE OCDE 1990

El resultado de sus reformas en salud va a depender del éxito o fracaso de sus nuevos puntos de vista políticos y económicos. Seguramente tendrá cada país muchas dificultades, pero dado su nivel cultural es de esperar que en una década hayan mejorado resultados en salud ya que hay experiencia de una red de dispensarios que atienden las medidas preventivas y la atención primaria y un mínimo apreciable de establecimientos y personal que requieren de una guía diferente para ser efectivos.

He presentado a ustedes un panorama de la situación de la salud en varias regiones del mundo. Es evidente que no cubrí países que han tenido éxito en sus programas de salud como los escandinavos, Italia, Austria, Suiza, China, Cuba, Costa Rica o Sri Lanka, pero mi capacidad no me permitió lograrlo, pues se requería de una capacidad de síntesis mayor.

Comparar la situación de varios países nos hace reflexionar y ser más humildes. Saber que nuestro campo de acción es muy complejo y que, aún si logramos éxito en algún indicador, habrá muchos otros que no alcanzaremos y que la población, cuando tiene la capacidad de juzgarnos será implacable. ¿Cómo puede ser que sólo 32% de los suecos consideren que su sistema es adecuado? ¿O que el 41% de los holandeses lo juzguen así? ¿O sólo el 10% de los norteamericanos piensen que su sistema es el adecuado?.

No obstante, hemos escogido a la salud como campo de trabajo porque esperamos ayudar a nuestros coterráneos a mejorar su bienestar.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**PARTICIPACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PROCESO
DE REESTRUCTURACION DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA**

**DR. MARIO PACHECO MENA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

4 DE AGOSTO DE 1993.

PARTICIPACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN EL PROCESO DE REESTRUCTURACION DEL
SECTOR SALUD EN COSTA RICA

En el centro de América, separando ambos océanos por sólo 200 kilómetros de tierra fértil y abrazando por el norte a Nicaragua y Panamá por el sur, Costa Rica los saluda y agradece hoy su atención para tratar de explicarles, cómo esta pequeña nación, de apenas 51,000 Kms cuadrados y que hasta hace poco vio nacer su ciudadano que marcó los 3 millones de habitantes, está logrando un sueño dorado al reestructurar su sector público permitiéndole tener un sector salud eficiente, remozado y congruente con la realidad nacional.

Para este país, la salud siempre ha sido prioritaria y sus antecedentes lejanos se pierden en la historia, con las solidarias formas de asistencia colectiva que observaban las culturas indígenas precolombinas, con las formas comunales impuestas por necesidades de sobrevivencia durante la colonia española y con las primeras manifestaciones de atención caritativa registradas en distintos momentos de la Colonia y la República.

En lo social, en el presente siglo Costa Rica ha experimentado trascendentales avances, entre los que sobresale la creación, desarrollo y consolidación de un amplio sistema de seguridad social, considerado una de las mayores conquistas de este pequeño pueblo centroamericano. Este siglo y 50 años de seguridad social nos ha permitido cambiar soldados por maestros, cuarteles por escuelas y darle alfabetización al 94% de la población, con un desempleo de la población en edad laboral de 4.5%.

Sus ciudadanos eligen cada cuatro años su gobernante, ejerciendo un verdadero derecho al voto que se celebró a principios de este decenio al recordar un siglo completo de democracia efectiva.

Nuestro sistema de salud ha sido bueno. Nos ha permitido disfrutar al día de hoy una mortalidad infantil de 13.8 por cada mil nacimientos, con una esperanza de vida al nacer de 76 años. Nuestra constitución política otorga al costarricense que nace el derecho a la libertad, la salud y la educación.

En resumen, Costa Rica ha experimentado en los últimos cincuenta años, un proceso evolutivo y dinámico en su desarrollo económico y social, en el cual han intervenido en forma determinante y trascendente, varios factores fundamentales, a saber:

En primer lugar, la vocación democrática y civilista de su pueblo y el tradicional respeto al ordenamiento jurídico, que son los pilares del desarrollo alcanzado, así como de las perspectivas de solución a los grandes problemas nacionales.

En segundo lugar, la orientación de la dinámica y política económica y social, profundamente arraigada en el mejoramiento de la educación, la salud y el nivel de vida en general. Esta es la semilla de nuestra educación cívica y de la democracia social. De hecho el Estado, declaró obligatoria la enseñanza desde finales del siglo pasado.

El espíritu solidario y de confraternidad del costarricense ha estado presente desde la colonia para enfrentar la pobreza, la escasez de recursos materiales y la exigua economía basada en el monocultivo, lo que impulsó a los gobiernos desde un inicio a prestarle mucha atención a los programas de salud y asistencia social.

No en vano Costa Rica sustenta el grado de desarrollo alcanzado basándose en tres pilares:

- * La Salud,
- * La Educación y
- * La Seguridad Social.

Es así como el país destina el 65% del presupuesto nacional a la Seguridad Social y el 20% a la educación, con una inversión en salud del 7.5% de su PIB.

Costa Rica ha realizado esfuerzos para atender los problemas de la Seguridad Social desde 1924, partiendo del esquema clásico de protección de los riesgos del trabajo, luego en la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, que estableció la protección de los trabajadores y posteriormente a sus familiares, ante las contingencias de la enfermedad, maternidad, la vejez y la muerte.

Tres etapas han determinado el desarrollo de la seguridad social costarricense: primera, la creación de la Caja Costarricense de Seguro social, institución autónoma responsable de la administración, fomento y expansión de los Seguros Sociales; segunda, el mandato constitucional de extender su protección a toda la población del país, contribuyendo paralelamente a su financiamiento, mediante la cotización de todos los asalariados sin límite de suma y, tercera, la universalización de los servicios asistenciales en salud a toda la población, pasando del Seguro Social clasista a la cobertura de la Seguridad Social a la comunidad en general, lo que se concretó con el traspaso de los hospitales a cargo de Junta de Protección Social, distribuidos en todo el territorio nacional, incorporándolos a la red hospitalaria de la seguridad social.

Por tanto podemos destacar dos hechos importantes que han allanado el camino de la integración de servicios y que propician la Reforma del Sector Salud. Nos referimos al mandato constitucional que obliga a la Caja Costarricense de Seguro Social a extender la

Seguridad Social a todos los costarricenses. (Ley N. 2738 de mayo de 1961) y el Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social (Ley N. 5349 de septiembre de 1973). Esto permitió establecer la infraestructura física y técnica y el marco jurídico adecuado para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud. De forma complementaria, por medio de una reforma constitucional, se facultó a la Caja Costarricense de Seguro Social a prestar la asistencia médica y a coadyuvar en la aplicación de programas de medicina preventiva, como contribución a las acciones de vacunación a cargo del Ministerio de Salud.

Con estos elementos, al iniciar la década de los 80 la Seguridad Social se encontraba en pleno desarrollo y preparada técnica y organizacionalmente con una cobertura del 67.6% de la población, en comparación con el 25.2% cubierta en 1960.

Costa Rica tiene como uno de sus mayores tesoros, una posición de liderazgo en América Latina en lo que aspectos de salud se refiere. Los principales indicadores sociales, tales como índice de alfabetización, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, cobertura en servicios de salud y estado nutricional de la niñez, entre otros, muestran que el país se encuentra en una etapa avanzada de desarrollo social, aún por encima de países cuyo ingreso per cápita es similar o mayor. Sin embargo, en el país continúan presentándose desigualdades sociales y diferencias regionales en las cuales estos indicadores deben ser mejorados.

Costa Rica, al igual que otros países latinoamericanos, experimentó una fuerte recesión económica al principio de la década de los años ochenta.

A partir de esta crisis, el aparato estatal y los programas en ejecución empezaron a mostrar signos cada vez más evidentes de deterioro en términos del cumplimiento de sus objetivos y de la satisfacción de las necesidades para las que fueron concebidos originalmente.

Consecuentemente, el ritmo de progreso alcanzado en materia de bienestar social se vio detenido; algunos indicadores desmejoraron y otros disminuyeron en velocidad de crecimiento.

La salud, más que un objeto de gasto y un sector "no productivo", es una condición esencial para que las actividades productivas puedan desarrollarse en un marco de estabilidad y progreso social. Mejorar el estado de la salud pública debe ser, por lo tanto, objeto y sujeto de todo programa de desarrollo.

El papel del Estado adquiere una importancia fundamental en el impulso del desarrollo socio-económico que se quiere alcanzar. La voluntad política debe conducir a niveles mayores de bienestar social y a la satisfacción de necesidades básicas de la población.

Para ello es necesario un aparato estatal activo, eficiente, ágil y, por lo tanto, más eficaz en las decisiones de conducción, orientación y utilización racional de sus recursos, particularmente en el Sector Salud.

Este tipo de Estado es el que promueve la actual administración y que se busca alcanzar por medio del Plan Nacional para la Reforma del Estado. En este contexto, el Sector Salud se constituye en un sector fundamental dentro de los Sectores Sociales.

De conformidad con el nuevo rol del Estado, se plantea un salto cualitativo en la organización y funcionamiento del sector salud. Se ha logrado alcanzar un consenso político y técnico en aspectos tan importantes como son la Rectoría del Sector y el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para ejercerla y de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que asuma la atención integral de la salud a la población en general. Lo anterior se podrá lograr mediante las estrategias de desconcentración y descentralización, el desarrollo de nuevas modalidades de administración de servicios de salud, la readecuación del modelo de atención, el apoyo sustancial en materia de información, la preparación de los recursos humanos y el desarrollo y fortalecimiento del sistema de suministros, así como un adecuado sistema de financiamiento sectorial, que permita lograr una mayor eficiencia, eficacia, equidad y justicia social en la prestación de los servicios de salud.

EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

Al analizar históricamente la evolución del Sector Salud en Costa Rica como marco de referencia para las reformas que se han planteado, se observa claramente que éstas vienen a sumarse a los esfuerzos que en materia de modernización del Sector se han venido haciendo a lo largo de los años. De hecho, algunas de estas reformas, como son la descentralización y la consolidación de la Rectoría del Sector, cuentan con un marco legal apropiado y requieren, básicamente, de la decisión política que dé prioridad a estos procesos.

Puede afirmarse que el Estado costarricense ha venido ejecutando acciones encaminadas a mejorar el nivel y la calidad de vida de la población y aunque su interés por lograr el bienestar colectivo se ha manifestado desde inicios de este siglo, no fue sino hasta la época de los años cuarenta en que se establece La Gran Reforma Social.

A principio de la década de los cuarenta, en la presidencia del doctor Rafael A. Calderón Guardia, se produce una verdadera revolución en la concepción de la política social, que se inicia sobre la base de una reorganización y alcances del Ministerio de Salubridad Pública y la institución permanente de los Seguros

Sociales, bajo un esquema bismarkiano de protección. Culmina con el establecimiento de la autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Código de Trabajo y la consagración de las Garantías Sociales en el orden constitucional. Todo esto ocurre durante el segundo semestre de 1943.

Transcribimos algunos de sus pensamientos sobre su gestión en la reforma social de la época:

"Tenía ante mi esta alternativa o gobernar atendiendo los intereses creados -que representaban la perpetuación de los privilegios basados en el injusto trato económico a las clases trabajadoras- o me disponía a cumplir con mis obligaciones como Jefe de Estado Cristiano. O toleraba dentro de mi la existencia de un sentimiento de cobardía -renunciando al derecho, quizá al deber, de buscar un remedio a la inmerecida indigencia de los proletarios- o iba derechamente al cumplimiento de mis ideales de mayor justicia social".

Se concretó a partir de la instauración de reformas sociales que dieron origen a la Seguridad Social: la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y la promulgación del Código de Trabajo. Estas iniciativas se dirigieron primordialmente, a la protección de la población productiva en desventaja social y económica. La promulgación de la Constitución Política en 1949 incorporó plenamente tales instrumentos y definió, además, una clara participación del Estado en todas las actividades del desarrollo social.

Como consecuencia de lo citado, se produjo a lo largo de los años, una importante intervención en infraestructura económica y social, paralela a un proceso participativo de distribución de la riqueza, correspondiéndole al Estado una mayor ingerencia en diversos programas y proyectos de desarrollo. Se creó así un consenso acerca de la necesidad de procurar el mayor bienestar individual y colectivo. Entonces, la atención de la salud fue ampliándose en calidad y cobertura por medio de las Juntas de Protección Social, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguros, el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, las Municipalidades y la Caja Costarricense de Seguro Social, beneficiando a la gran parte de la población.

Posteriormente, ya en la década de los años 70, fue elaborado el primer Plan Nacional de Salud cuyos objetivos de este plan fueron crear: un Sistema Nacional de Salud, alcanzando cobertura nacional, lograr la universalización de la prestación médica y traspasar los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este traspaso constituyó un insumo necesario para la universalización de los seguros a cargo de la C.C.S.S., quedando obligada a prestar atención médica a toda la población.

Queda entonces conformado el Sector Salud con el Ministerio de Salud a quien la corresponde definir la Política Nacional de Salud y su normativa; conducir la planificación y coordinar todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud y ejecutar las demás actividades que establezca la Ley. Se encarga, en particular, del fomento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la nutrición y el control del ambiente.

La Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) institución encargada de administrar el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el Régimen de Pensiones del Sistema no Contributivo y el Régimen de Enfermedad y Maternidad, brindando atención integral de recuperación y rehabilitación de la salud a la totalidad de la población. Asimismo y por convenios interinstitucionales, colabora con las acciones destinadas por el Ministerio de Salud, en la promoción de la Salud y en la prevención de las enfermedades.

El Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.), institución autónoma que administra el monopolio de los seguros y reaseguros en nombre del Estado y en el campo de la salud, es la encargada de administrar los aspectos relativos al Régimen de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional. Le corresponde la administración técnica del seguro como tal, efectuar labores de prevención en materia de accidentes y enfermedades laborales, así como otorgar a los lesionados los servicios médicos y hospitalarios que, por convenios especiales, los otorga la C.C.S.S. y el Sector Privado, y de rehabilitación que se requieran como producto de la ocurrencia de un siniestro laboral. También se encarga de brindar la indemnización económica al lesionado o sus derechohabientes, por los daños o lesiones que sufra el trabajador accidentado.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado creado con carácter nacional para dirigir, establecer, fijar políticas y aplicar normas; realizar y promover el planeamiento, financiamiento, desarrollo y resolución de todo lo relacionado con el suministro de agua potable, recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos, lo mismo que el aspecto normativo de los sistemas de alcantarillado pluvial en áreas urbanas. También le corresponde lo relativo al control y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.

La Universidad de Costa Rica como una institución docente de nivel superior que tiene entre sus funciones normar y capacitar profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas, para las instituciones y establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Es importante mencionar que todas las Instituciones citadas interactúan con otros Sectores, Comisiones y Programas relacionados con la Salud, así como con el Sector Privado, las Municipalidades y otras entidades comunales. El concepto de Sistema Nacional de Salud amplía el ámbito de acción del Sector Salud, definiéndolo como el conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del Sector Público y Privado, que tiene como finalidad específica procurar la salud de las personas, la familia y la comunidad.

La década de los años 80 marcó un nuevo rumbo en la economía costarricense. El auge de los años anteriores se quebrantó y el país se enfrentó a una de las crisis económicas más severas de su historia. Ello repercutió sensiblemente en la situación social, produciéndose un deterioro general de las condiciones de vida en amplios sectores de la población.

La inminente reducción del gasto público se manifestó en restricciones en los gastos de inversión. De igual forma, fueron reducidos los gastos en el Sector Salud.

Así, al inicio de esta década el gasto en Salud representó un 7.8% del Producto Interno Bruto (PIB) y al final esta cifra llegó a 5.6%. Por otra parte, la relación entre ingresos y egresos en los últimos años muestra una clara tendencia al deterioro de la situación financiera del Sector. De hecho, en la década de los años 80, los ingresos reales del Sector crecieron a una tasa promedio anual inferior a la mitad del ritmo de crecimiento de la población.

Al lado de los problemas financieros, la problemática del Sector se ha agudizado con el cambio en el perfil epidemiológico del país, fruto de los nuevos patrones de vida de la población. Estos han obligado a modificar la oferta de servicios, dada la forma actual de organización del Sector.

Así, por ejemplo, se manifiesta un incremento en algunas patologías infecto-contagiosas, los padecimientos de la edad adulta y la vejez, las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes de tránsito. Se destacan también los problemas del alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, embarazos en adolescentes y sus consecuencias y accidentes laborales.

Asociado a lo anterior, los cambios en la estructura socio-demográfica de la población y en los patrones de morbi-mortalidad, fecundidad y migraciones, obligan a mantener una capacidad instalada en los servicios cada vez más compleja y más costosa y a la adquisición de tecnologías más sofisticadas, de difícil operación y mantenimiento.

Si bien es cierto, muchos de los indicadores de salud han tenido mejoras, las desigualdades sociales y la creciente demanda de servicios obliga a las instituciones a evaluar y replantear la prestación en cantidad, calidad y cobertura de servicios.

Hoy, más que nunca, el ambiente interno y externo del Sector Salud exige la superación de los tradicionales enfoques biologicistas que lo han caracterizado. El comportamiento epidemiológico y socio-demográfico promueve la adopción de un enfoque integral que, tomando como referencia las múltiples variables involucradas en la génesis del proceso salud-enfermedad, buscan la atención de dicho fenómeno desde una óptica intra e intersectorial. Ello implica asumir una labor con características interorganizacionales e interdisciplinarias.

Cabe destacar que, además de lo anterior, las acciones realizadas en las últimas tres décadas en materia de acueductos y alcantarillados han permitido satisfacer las necesidades de abastecimiento de agua potable de la población, como una de las condiciones básicas para favorecer el desarrollo y bienestar.

Por otra parte, es pertinente hacer notar que aún existe un representativo sector del territorio nacional que no cuenta con servicios eficientes de agua y que deben ser prioridad de atención en los próximos años.

Ello incluye aquellos sistemas administrados por los organismos municipales, que no siempre cuentan con los recursos necesarios para estar al día con las tecnologías cada vez más avanzadas y complejas.

Por otra parte, es importante señalar que existe un nivel de frecuencia de accidentes laborales excesivamente alto, equivalente a que uno de cada cinco trabajadores de Costa Rica, sufre un accidente laboral cada año. Asimismo, existe un deterioro de los indicadores básicos de gravedad de los accidentes y una tendencia de crecimiento de los costos medios por accidente.

Todo lo señalado refleja el hecho de que los esfuerzos anteriores han sido válidos, pero hoy no son suficientes. Por ello, es fundamental encontrar nuevas formas para la organización y funcionamiento de un Sector tan importante como es el de Salud.

Fue precisamente con el fin de encontrar esas nuevas formas de organización requeridas, que la actual Administración designó las Comisiones de Evaluación Institucional y la Comisión Evaluadora del Sector Salud. Esta tuvo como objetivo realizar, en el contexto de la Reforma del Estado, un análisis sectorial con base en el Decreto N. 20262-PH-RE-3 que regula la aplicación de la Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público. A este análisis se hará referencia a continuación.

Para evaluar el financiamiento global del Sector, la Comisión Evaluadora contó con informes específicos de evaluación institucional del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, la Junta de protección Social (como fuente de financiamiento del Sector), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

A los esfuerzos de esas entidades la Comisión aunó el suyo propio, con el fin de obtener un diagnóstico actualizado de la situación del Sector.

A partir del resultado de estos estudios, fueron determinados los principales problemas que actualmente aquejan al Sector. Estos deben ser solucionados para alcanzar la eficiencia y eficacia en la función pública en el área de la Salud.

En función de la problemática descrita y en consonancia con la estrategia de desarrollo nacional, la Comisión Evaluadora, conjuntamente con las autoridades nacionales, planteó los objetivos y acciones que guiarán la búsqueda de soluciones que permitan revitalizar y fortalecer el Sector Salud. Estos objetivos buscan lograr un uso más eficiente de los recursos, así como la ampliación y mejoría de las acciones en el área social, tanto en la dimensión asistencial como en la promoción del desarrollo individual y colectivo.

Es importante señalar que los objetivos así definidos se rigen por los principios de la Reforma del Estado, a saber, Racionalización, Eficiencia y Democratización Económica.

* Racionalización.

Se busca la racionalización de los recursos en los Sectores de gestión pública. Ello con el interés de evitar las duplicaciones existentes entre las distintas instituciones del Estado y mejorar su coordinación.

En el Sector Salud, para la aplicación de este principio, es fundamental la rectoría del Ministerio de Salud, con el fin de que se ejerza la unidad en la conducción, planificación, control y evaluación de los servicios y se busque una utilización más racional de los recursos.

* Eficiencia.

Se busca evitar los programas duplicados, ociosos y que no cumplan con los fines para los que fueron creados.

Dadas las actuales dificultades financieras del Sector Salud, se hace imprescindible una adecuada distribución de los recursos en aquellos programas y grupos de población que necesitan mayor impacto de los servicios. Asimismo, se requiere explorar y desarrollar nuevos modelos de financiamiento y administración de los servicios, garantizando la justicia redistributiva y la eficiencia de los mismos.

* Democratización económica.

Se pretende lograr la incorporación ciudadana en la gestión de los servicios públicos bajo la cuidadosa supervisión de las instituciones del Sector Salud. Ello implica la redefinición del rol del Gobierno Central en las funciones de control y vigilancia, así como el traspaso a la sociedad civil de algunos servicios que presta en la actualidad el Estado.

Por otra parte, este proceso agilizará el accionar de las instituciones contribuyendo a que la población pueda elegir los servicios que mejor se ajusten a la satisfacción de sus necesidades básicas.

PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud es un proyecto que abarca reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación de los servicios de salud, enmarcados dentro de las políticas gubernamentales de reforma del Estado Costarricense, el cual busca corregir y mejorar la capacidad operativa de cada una de las Instituciones del Sector e introducir modificaciones profundas a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

El Proyecto busca un fortalecimiento de las Instituciones del Sector mediante el mejoramiento de la capacidad de dirección y planeación sectorial y una readecuación del sistema de salud, mejorando la calidad, efectividad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, acorde con las nuevas necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país.

Los propósitos anteriores se lograrán mediante el desarrollo y ejecución de los siguientes componentes del Proyecto:

- * Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud.
- * Readecuación del Modelo de Atención.

- * Fortalecimiento Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- * Financiamiento del Sistema Nacional de Salud.
- * Modalidades de Organización y Administración de Servicios de Salud.
- * Sistema de Información Sectorial.
- * Sistema Sectorial de Suministros.
- * Recursos Humanos.

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

La formulación de proyecto de fortalecimiento institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social, como parte integral del Proyecto de Reforma del Sector Salud, está planteado sobre la base de producir un desarrollo de la organización institucional que le permita acompañar los procesos de cambio, que en materia de prestación de servicios de salud con un enfoque integral, debe afrontar en los próximos años.

El objetivo a lograr como producto del desarrollo de este proceso permitirá:

"Fortalecer la administración y organización de la Caja Costarricense de Seguro Social en los niveles central, regional y local, como base en la adecuación de las funciones y la estructura orgánica: el desarrollo de los sistemas administrativos y la ejecución de un conjunto de acciones que propicien un clima organizacional que facilite la propuesta de cambio y permita el proceso de modernización institucional requerido".

La organización que se adopte, tendrá que hacer válidos los principios filosóficos de la seguridad social que le dieron su fundamento y se han respetado hasta hoy:

- * Solidaridad: Aporte proporcional de recursos según la economía de los ciudadanos.
- * Unidad: Derecho de protección única y general para promover y preservar la salud en el marco de un funcionamiento institucional integrado.

- * **Universalidad:** Protección a las personas sin distinción de ninguna naturaleza que posibilite la participación de todos los ciudadanos del país.
- * **Igualdad:** Trato equitativo e igualitario a todos los ciudadanos sin ningún tipo de distinción.
- * **Obligatoriedad:** Contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para promover acciones en salud.

En la propuesta de fortalecimiento organizacional que requiere la Institución, para cumplir con una prestación oportuna, disponible y accesible, es necesario que se apliquen los siguientes principios generales que guiarán su transformación:

- * **Eficiencia Organizacional:** Utilización racional de los recursos, con énfasis en los financieros por cuanto su comportamiento que se vislumbra para los próximos años, exige una administración sana y prudente.
- * **Descentralización Administrativa:** Otorgamiento de la capacidad resolutoria a nivel local, que permita la toma de decisiones para la resolución de los problemas en el mismo lugar donde éstos se presentan.
- * **Atención Integral:** Ejecución de programas en las áreas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, con fundamento en una adecuada distribución de los recursos, de una clara definición de los niveles de referencia y del perfil epidemiológico.
- * **Administración Integral:** Planteamiento de un modelo de organización que responda sistemáticamente al proceso de administración integral, mediante la funcionalidad de los sistemas de servicios y financieros.
- * **Transparencia en la Administración Financiera:** La recaudación correspondiente a cada seguro (Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte) se empleará única y exclusivamente en los fines para los cuales fueron creados, no pudiéndose traspasar recursos entre ambos, según lo establece la Ley Constitutiva.
- * **Especialización Funcional:** Otorgamiento a las áreas de la nueva organización (sistemas financieros y sistemas de servicios) de una especialización y competencia que las hagan más eficientes y por lo demás, eficaces en su administración y prestación de los servicios, lo cual va en beneficio de la población costarricense en general.

- * Calidad Total en la Prestación de los Servicios: El funcionamiento y operación de la nueva organización deben responder primordialmente a una atención integral en salud, en donde la persona al entrar al sistema se le garantice una atención de calidad, ágil, oportuna e individualizada.

El desarrollo de nuevas estructuras en el contexto del cambio organizacional, requiere de acciones gerenciales que enfatizan el mejoramiento de la efectividad a través de los procedimientos y relaciones que se establezcan. Los cambios estructurales afectan importantes aspectos de las tareas a realizar y de las definiciones de autoridad y responsabilidad dadas hasta el momento. Pueden variar, entre otros, el ámbito y la profundidad de funciones, el agrupamiento que conforme las unidades administrativas existentes, las responsabilidades de jefatura, las necesidades de información y la orientación básica y fundamental de la organización. Los procesos gerenciales de comunicación, toma de decisiones e interacción humana, básicos para la buena gestión, pasan a ser variables clave, porque sin la debida atención a ellas, las resistencias burocráticas al cambio pueden presentar serios obstáculos a los esfuerzos de progreso.

Estas reformas no pueden llevarse a cabo sin contar con un núcleo creciente de ejecutivos y técnicos en todos los niveles del sector comprometidos con el Proyecto, que posean la formación, actitudes y destrezas que los orienten hacia los objetivos que persiguen los cambios propuestos. Estos serán los agentes de cambios que pasarán a reforzar, dinamizar y consolidar el proceso de reforma del sector salud. Para contar con ello, se debe hacer una inversión adicional importante en la formación y capacitación de recursos humanos para apoyar la gestión, a través de un programa que asegure un flujo constante de funcionarios capacitados en destrezas que reflejen, en la parte operativa, los nuevos objetivos definidos para el Sector.

RECURSOS HUMANOS.

Este componente del Proyecto de Reforma del Sector Salud, corresponde a la creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación dirigido a financiar actividades de capacitación del recurso humano en todos los ámbitos y niveles del sector público de la salud. Su objetivo es el de apoyar y fortalecer los procesos de modernización y gestión, mediante el funcionamiento de programas de capacitación del recurso humano en temas prioritarios, según las necesidades determinadas para el sector. Este Fondo se capitalizará mediante aportes presupuestarios de las entidades del Sector, más recursos externos que para este fin puedan conseguirse.

El Fondo está orientado hacia la búsqueda de una manera eficiente, objetiva y priorizada de asignar recursos privilegiados a aquellas unidades que demuestren buena iniciativa y voluntad para mejorar su competencia técnica y de gestión para brindar un mejor servicio.

Se procura, al mismo tiempo, apoyar y reforzar los esfuerzos de descentralización, al brindarle a las unidades regionales y locales acceso al Fondo, garantizando que los criterios de elegibilidad que gobernarán la asignación de recursos, tomarán en cuenta variables que no permiten una determinación central de las prioridades regionales y locales.

El diseño del Fondo Nacional de Formación y Capacitación del Sector Salud resuelve inevitables conflictos entre objetivos que ocurren cuando no existen criterios integradores que aseguren la coordinación adecuada. Además, potencia los esfuerzos de descentralización por la vía de los procedimientos, al depositar en los demandantes de los recursos financieros del Fondo la responsabilidad de su eficiente administración, asegurando al mismo tiempo los resguardos mínimos necesarios a través de la especificación y evaluación precisa de los logros esperados, las acciones a desarrollar y los recursos requeridos. Bajo el sistema propuesto, la calidad de los proyectos que presenten a consideración las diferentes unidades del sistema y su buena administración, es recompensada dando al demandante mayor acceso a los recursos concursables del Fondo.

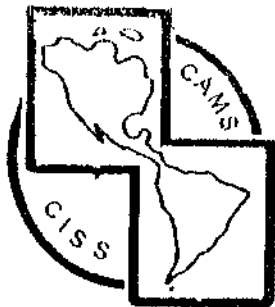
Los siguientes principios básicos sirvieron de guía para el diseño del Fondo Nacional de Capacitación:

- a) Aprovechar el ordenamiento jurídico existente para que sirva de punto de partida del diseño del Fondo, minimizando así las tensiones y resistencias burocráticas que suelen acompañar a la presencia de una unidad organizativa nueva.
- b) Apoyar y fortalecer al Proyecto de Reformas del Sector Salud, con el flujo permanente y constante de personal de gestión capacitado para dar sustento a los programas del sector.
- c) Apoyar y fortalecer el proceso de descentralización de los servicios de salud, asegurando el desarrollo de recursos humanos capacitados, tanto de gestión como de administración y técnicas, mediante la inclusión de variables en los criterios de evaluación de los proyectos de capacitación, que privilegien esta política.
- d) Asegurar la eficacia de las acciones desarrolladas en el ámbito de la capacitación para la gestión, propiciando la disponibilidad y calidad del recurso humano dedicado a la atención de la salud.

- e) Promover la eficiencia en la utilización de los recursos financieros destinados para la capacitación, mediante su asignación a los proyectos que presenten mejor potencial de impacto programático, a las unidades que demuestren buena capacidad ejecutora y a las demandas del nivel local.

Se propone que el Fondo Nacional de Formación y Capacitación funcione como una unidad del CENDEISSS. Dentro de este marco, se propone la creación de una estructura organizacional con responsabilidad específica del manejo de este programa, que se rige por sus propias políticas y reglamento. Su ámbito de acción debe abarcar a todo el Sector.

Se formará un Consejo Nacional de Formación y Capacitación para el Sector Salud, que será el órgano rector del Fondo, integrado por un representante del Ministerio de Salud; un representante de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Director del CENDEISSS, quien lo presidirá. Este Consejo fundamentado en las políticas nacionales y sectoriales correspondientes, tendrá la responsabilidad de definir las prioridades y programas específicos dentro de su campo de competencia; velará por el buen cumplimiento de los mismos y por su correcta administración.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**IMPACTO DE LA APERTURA COMERCIAL
EN LA SEGURIDAD SOCIAL**

**DR. ANTONIO RUEZGA BARBA
COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

4 DE AGOSTO DE 1993.

IMPACTO DE LA APERTURA COMERCIAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

I. TENDENCIAS ECONOMICAS ACTUALES.

Según estimaciones preliminares de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 1992 el Producto Interno Bruto (PIB) del conjunto de países americanos aumentó 2.4%, con lo que continúa la reactivación ya evidenciada en el año anterior, cuando se expandiera 3.5%. Con ello, el producto por habitante registró un ligero incremento (.05%).

Un significativo número de países, según la CEPAL, ha registrado tasas notables de crecimiento, si bien se encuentran en diferentes fases coyunturales de su evolución. Destaca la de la economía de Chile (9.5%), en su cuarto año de expansión por un sendero de crecimiento de largo plazo y en el segundo año después del ajuste realizado en 1990 para dominar presiones inflacionarias incipientes. Cinco países registran tasas de crecimiento ubicadas entre 6 y 8%; Argentina, que continúa la recuperación comenzada en el año anterior, bajo el influjo de la estabilización y los capitales externos; Panamá, en su tercer año de crecimiento y ya superada la crisis que sufriera en 1988 y 1989; Uruguay, que ha emergido de su virtual estancamiento de los últimos años, pese a la política de austeridad fiscal y apoyado en la recuperación de su vecino rioplatense; Venezuela, que continúa expandiéndose rápidamente, al impulso de un creciente déficit fiscal y, la República Dominicana, que ha iniciado una vigorosa recuperación.

Otro conjunto de países creció a tasas que se ubican entre 3 y 4% en la mayoría de los casos superiores a las que exhibieron en 1991, ya sea porque han reanimado su ritmo de crecimiento (como es el caso de Colombia, Costa Rica, El Salvador y Guatemala), o bien porque han afirmado su recuperación (Honduras y Guyana). Bolivia y Ecuador, en cambio, registran cierta desaceleración de su anterior expansión. La economía de México, cuyo producto se incrementó 2.5%, registra una desaceleración de su crecimiento, que venía teniendo lugar en forma moderada pero sostenida.

Paraguay, por su parte, cuyo producto sólo aumentó 1.5%, continúa desacelerando por tercer año consecutivo su otrora vigoroso crecimiento. También Jamaica desaceleró su crecimiento a una tasa similar. Nicaragua, cuyo producto aumentó levemente y Perú, cuyo nivel de actividad se redujo 2.5%, prolongan así, por quinto año consecutivo, sus profundas recesiones, pese a los indudables logros que exhiben ambos países en el plano de la estabilización de precios.

El producto de Brasil cayó 1.5%, luego del temporario y leve repunte del año anterior, prolongando así el panorama predominantemente recesivo instalado a partir de 1988, en un régimen de persistentemente alta inflación.

También Haití agudizó su ya crónica recesión, con una caída de 5% de su producto. Barbados registró, por tercer año consecutivo, una reducción de su actividad en 2.5%. En Cuba, por otro lado, se profundizó gravemente la declinación económica, como consecuencia de la total desaparición de las beneficiosas relaciones comerciales con los países de Europa Oriental y la desaparecida Unión Soviética, sumado al recrudecimiento del bloqueo impuesto por Estados Unidos.

En 1992 se verificó una nueva y considerable ampliación de la capacidad para importar de América Latina y el Caribe. Ello se debió al incremento de las corrientes netas de capital hacia la región, ya que el aumento del valor de las exportaciones fue modesto.

Para CEPAL, el otrora amplio superávit comercial de la región terminó por transformarse en déficit. Más aún, sólo un pequeño número de países, entre los que se destaca Brasil, por la magnitud de su superávit, mantiene un saldo positivo en su comercio de bienes. En el aumento de las exportaciones de Brasil ha influido particularmente su comercio con Argentina, en el marco de los convenios de libre comercio.

En la vigésima Tercera Reunión de la Asamblea General de la Asociación Latinoamericana de Instituciones Financieras de Desarrollo, que se celebró en Montevideo, Uruguay, del 4 al 6 de mayo del año en curso, se recalcó la casi generalizada convicción de que la solución a la crisis del endeudamiento debía producirse en una situación de crecimiento, siendo para ello necesario adoptar cambios estructurales profundos, que lleven a los países latinoamericanos y del Caribe a emprender reformas orientadas a modernizar sus estructuras productivas, ampliar su base exportadora, abrir y liberalizar el comercio y a incrementar la eficiencia económica.

Consecuentemente con estas nuevas circunstancias, sería erróneo pasar por alto la internacionalización de los mercados y la globalización, precisamente porque nuestras economías deben integrarse hacia afuera, en la economía internacional. La adopción por parte de América Latina de estrategias de reajuste orientadas hacia el mercado libre y las exportaciones, se basa en esa interdependencia que se va consolidando y su éxito radica, en gran medida, en la reducción de las barreras al comercio internacional.

Los presidentes de Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela, reunidos en Caracas el 12 de febrero de 1993, examinaron el avance de las negociaciones para la liberalización comercial que se sigue en el Grupo de los Tres, entre los países centroamericanos y entre éstos y Colombia, México y Venezuela acordaron mantener en la más alta consideración política el establecimiento de un espacio ampliado de comercio e inversión del Grupo de los Tres y los países centroamericanos.

El doctor Jaime Serra Puche, asegura que en el mundo actual, la soberanía y la independencia de los países sólo se fortalece con una presencia fuerte en el concierto internacional de naciones. El advenimiento de la revolución científica y tecnológica hace de la marginación o autarquía una estrategia que sólo conduce al empobrecimiento económico y a la involución social.

Para alcanzar una eficaz inserción en la economía mundial, el desarrollo económico de las naciones exige del perfeccionamiento continuo de las instituciones que coordinan y encauzan la interdependencia económica. El Tratado de Libre Comercio de América del Norte fortalecerá nuestras economías: ofrecerá un marco jurídico estable, previsible y general; un marco jurídico que garantizará el predominio del derecho en las intensas, amplias y variadas relaciones que ya existen entre nuestros tres países.

El suma el Tratado permitirá consolidar la soberanía e interdependencia de los tres países en el mundo y enfrentar, con posibilidades reales de éxito, el reto que hoy enfrentan todas las naciones: crecer en forma sostenida con justicia social.

Como puede observarse, un tema de preocupación es el del libre comercio y los procesos de integración en América Latina. Existen esfuerzos claros encaminados a los ajustes estructurales, la apertura, desregulación y liberalización de nuestros comercios. La adopción por parte de América Latina de estrategias de reajuste orientadas hacia el mercado libre y las exportaciones, se afirma que se basa en esa interdependencia que se va consolidando y su éxito radica, en gran medida, en la reducción de las barreras al comercio internacional. La presencia creciente de inversiones en la región, sobre todo en los últimos dos años, demuestra que el desarrollo no surge solamente del sistema de mercados protegidos y la sustitución de importaciones, sino más bien de una mayor integración económica y comercial.

Sin embargo, como manifestó el licenciado Oscar Espinosa Villarreal, presidente de la Asociación Latinoamericana de Instituciones Financiera de Desarrollo (Alide), en la Vigésima Tercera Reunión de su Asamblea General, en Montevideo, Uruguay, en mayo del año en curso: La política social entra en escena como un elemento clave y acaso decisivo del éxito o fracaso de las transformaciones. Tanto el Banco Mundial como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) así lo han comprendido y han anunciado recientemente su intención de priorizar la asignación de recursos al llamado sector en los próximos años.

Es decir, que la política social no debe verse como un elemento marginal o auxiliar del proceso de desarrollo, ni reducirse a un papel meramente asistencialista ante la emergencia y en lo inmediato. Desde un punto de vista conceptual, la política social es una política que conjuga en sí misma con los fines del desarrollo. La debemos concebir como la preocupación pública de la sociedad por contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos. En relación con la extrema pobreza, su meta debiera ser establecer mecanismos de superación permanente. En ese sentido, es importante resaltar el valor de la coordinación y planificación a mediano y largo plazo de las iniciativas, ya sea que provengan del sector público o del sector privado. La subsistencia de condiciones de desigualdad de oportunidades y de marginación son problemas que la política social debe atacar y eliminar.

II: ECONOMIA Y SEGURIDAD SOCIAL.

Ante los problemas económicos que enfrentan la mayor parte de los países de América y los ajustes estructurales hacia una economía de mercado, "existen dudas respecto a la posibilidad de que los programas de seguridad social mantengan estabilidad financiera a largo plazo y logren un mejoramiento en las prestaciones que otorgan", señala el informe bianual de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS).

Al hacer un análisis de los últimos tres años, el organismo subraya la preocupación e interés crecientes acerca de la futura viabilidad financiera de la seguridad social que en muchos países se ha reducido de manera significativa, no se han elevado los niveles de protección existentes, no se han incluido innovaciones, ni se han ampliado sus coberturas. Afirma que la disminución en el ritmo de crecimiento económico ha tenido un efecto inmediato sobre las políticas de seguridad social. El factor que limita las posibilidades financieras, radica en que hay estancamiento en el mercado de trabajo, lo cual ha reducido el número de contribuyentes.

En el informe de la AISS se destaca que, ante la falta de consenso sobre el futuro de la seguridad social, existen algunos proponentes de la privatización absoluta de ese sistema, especialmente en los países en desarrollo donde son más graves los problemas del financiamiento y la administración de los seguros sociales.

Sin embargo, aún en la economía de mercado es necesario que el Estado mantenga instituciones que proporcionen ciertos servicios a determinados sectores de la colectividad. Los principales objetivos de estas instituciones son dos:

- Integrar y apoyar un patrimonio colectivo y
- Dar respuesta a ciertas necesidades de las personas que lo han creado, por medio de una gestión de servicio, en contraposición a la de beneficio.

Gracias a estas instituciones, se logran relaciones entre los hombres distintas a las impuestas por la economía de mercado y se da sentido y calidez a las relaciones sociedad-Estado.

En la actualidad, las instituciones preocupadas por el otorgamiento de servicios de previsión y salud son las más importantes dentro de este sector. Su gestión se fundamenta generalmente en el reparto de costos entre los sujetos de la producción y el Estado, mediante las aportaciones para el financiamiento de las prestaciones y servicios.

Los problemas de la seguridad social han sido siempre complejos porque se deben conciliar aspectos financieros y humanos, aún cuando imperativos económicos dominan y limitan la administración de estas instituciones, aseguró Jerome de Jardin, presidente de la Asociación Internacional de Seguridad Social, durante su XXIV Asamblea General en Acapulco, Guerrero, México, en noviembre de 1992 y agregó que las instituciones de seguridad social se ven amenazadas por los efectos combinados del envejecimiento de su población y el aumento en los costos de la atención médica.

Recordó que las leyes clásicas del mercado no se pueden aplicar al mercado de salud, ya que éste tiene la particularidad de ser un bien de consumo no sustituible. En su opinión, la salud tiene un precio y éste es más elevado cuando los progresos de la medicina permiten acercarse cada vez más a un diagnóstico preciso, así como a una terapia más eficaz.

El costo de los servicios médicos no aumenta en progresión inversa de las necesidades y esto no sólo por el envejecimiento de las personas sino también por la multiplicación de las redes de educación e información, que revelan la existencia de nuevos métodos para satisfacer necesidades.

Para finalizar, pidió que se asuma la pesada responsabilidad de disminuir el rigor de los ajustes económicos con una política de asistencia social, para garantizar la calidad de las soluciones que se buscan.

Muchos estudiosos de la seguridad social, como Ricardo R. Moles, han manifestado sus puntos de vista ante los cambios económicos que se viven y su influencia en la seguridad social. A continuación hago un apretado resumen de los mismos.

Los países de América Latina se hallan enfrentados a una problemática no tanto nueva como urgente, que es la integración de sus economías, lo cual permitirá estimular el crecimiento industrial y comercial, promover el desarrollo general y elevar los niveles de vida de la población.

Estos procesos de integración y desarrollo involucran, necesariamente, aspectos sociales, tales como: la protección y conservación de los derechos sociales.

La seguridad social juega un papel importante en relación con dichos procesos, pero los diferentes alcances y contenidos económicos-sociales de esta institución en cada país, plantea la necesidad de una revisión previa de sus bases conceptuales y operativas para determinar exactamente la participación que le corresponde dentro de las tendencias integracionistas y de desarrollo. Una dificultad con la que se tropieza para llegar a una comprensión cabal e inmediata del rol de la seguridad social en el planeamiento nacional, consiste precisamente en la falta de una definición de esta disciplina, que tenga valor absoluto.

La solución de los problemas que hasta ahora han impedido una extensión más dinámica de la seguridad social, requiere una modificación sustancial de sus actuales bases técnicas en cuanto se refiere al campo de aplicación, el nivel de las prestaciones y las modalidades económicas, jurídicas, financieras y sociales de las distintas ramas de cobertura de las contingencias. Sin este esclarecimiento previo sobre las tendencias normativas y los principios que guían la evolución de la seguridad social, resulta difícil determinar el verdadero papel que ésta desempeña en los procesos de integración y desarrollo.

Los principios fundamentales respecto al campo de aplicación de la seguridad social, siempre han sido:

1. Universalidad de la protección para todas las capas de la población.

Se observa una transición de la seguridad social como derecho de los trabajadores al concepto de persona protegida en el plano nacional. Esta ampliación del ámbito de cobertura de los sistemas de protección social concuerda, por otra parte, con el perfeccionamiento de los derechos sociales, que inclusive en muchos países latinoamericanos ya tienen consagración constitucional al reconocer que la garantía de una protección frente a las necesidades vitales constituye un deber de la sociedad.

En consecuencia, no sería admisible, según esta formulación jurídica, mantener por más tiempo la limitación de muchos sistemas de seguros sociales, que implica el hecho un estado de desigualdad entre personas protegidas y no protegidas en el seno de una misma sociedad.

El principio de universalidad de la seguridad social se fundamenta en:

- El espíritu de solidaridad que une éticamente a todos los integrantes de la comunidad en torno de los fines de la seguridad social.
 - El concepto de subsidiaridad, según el cual los grupos económicamente más fuertes contribuyen a sostener, con su mayor aporte, la protección de los sectores más débiles.
2. El principio de integralidad de la protección, entendidas de dos maneras:
 - Que la protección sea lo más completa posible, es decir que cubra todas las contingencias y situaciones de necesidad que afectan el bienestar individual, familiar y social.
 - Que el nivel y la calidad de la protección sean suficientes, de acuerdo con las necesidades protegibles.

En relación con el primer aspecto, la seguridad social además de las prestaciones compensatorias que otorga como consecuencia de los riesgos o las contingencias cubiertos por los regímenes clásicos, atiende otras necesidades económico-sociales, como las cargas de familia y tiende a suministrar cada vez más ampliamente, diversos servicios complementarios de bienestar.

En lo que respecta al nivel y calidad de la protección, es obvio que las prestaciones económicas se deben integrar con las técnicas relativas al cuidado de la salud, la prevención de riesgos, etcétera. Estos aspectos instrumentan el principio de la eficacia económica y técnica de la seguridad social, consistente en la garantía de una protección que satisfaga las verdaderas necesidades de los asegurados y su núcleo familiar.

3. En la teoría de la seguridad social se menciona especialmente el papel que ésta juega como instrumento de redistribución de la renta nacional, hasta el punto de considerar a esta operación como un principio fundamental. La importancia social de dicha redistribución en los países en que este objetivo aún tiene un alcance precario está dada por el hecho de que al satisfacer las necesidades básicas de consumo de los sectores de más bajos ingresos, contribuye a afianzar el bienestar social general.
4. El principio de internacionalidad, surge a raíz de un fenómeno sociológico y económico que se manifiesta en una política integracionista y en la formación del mercado común, que llevan implícitas la anulación de las barreras económicas, la libre movilidad de la mano de obra, la garantía de los derechos sociales de los trabajadores migrantes, etcétera.

III. RETOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA ECONOMIA ACTUAL.

El Estado sin sociedad es un Estado totalitario, pero la sociedad sin Estado es una sociedad anárquica, afirmó el escritor Carlos Fuentes y agregó: no debemos permitir ni una sociedad sometida al Estado, ni un Estado sometido al mercado.

Lo anterior lo indicó al dictar su conferencia magistral "La humanidad, en el siglo del disfraz y la simplificación ideológica", durante el seminario "Libertad y Justicia en las sociedades modernas".

Dijo que nuestra demanda es desarrollo con democracia y justicia ahora. Pero faltan voluntades políticas en México y América Latina que unan inseparablemente desarrollo, democracia y justicia.

El escritor y embajador mexicano en República Dominicana, Fernando Benítez, señaló que no obstante ser el primer país en América Latina en obtener su independencia, México aún figura entre los países del Tercer Mundo, debido principalmente a la falta de educación política, a la desigualdad social y a su exceso poblacional.

Al hablar sobre el Tratado de Libre Comercio, dijo que "si Europa logra su integración y Japón domina el sudeste asiático, los Estados Unidos deberán unirse a los países del continente americano, entonces no llegaremos tarde al banquete de la civilización".

"El Tratado de Libre Comercio nos dará diversas ventajas y retos; entre ellos, nos vinculará a uno de los centros de la economía mundial y aseguraremos un acceso amplio y permanente de nuestros productos al gran mercado de América del Norte".

Por su parte Federico Reyes Heróles, director de la revista "Este país", afirmó que "el Estado moderno puede caminar por el rumbo de un fortalecimiento de la autoridad, de la sociedad política, incluso en ámbitos que fueron de competencia exclusiva civil, en tanto que vaya creando nuevos pesos y contrapesos que garanticen los derechos ciudadanos y sociales".

Hizo una breve reflexión sobre lo que fue el Estado benefactor: el Estado desvió recursos que hubieran podido aplicarse directamente al bienestar social, al mismo tiempo se incrementó la burocracia, que sólo trabaja para sus propios intereses.

Señaló, sin embargo, que a fines de este siglo se pueden registrar los efectos negativos de la tesis neoliberal llevada al extremo. Los problemas sociales se agravaron considerablemente; la educación, urbanización, vivienda, salud y ecología están ubicadas en el contrapunto de los efectos del mercado.

Enrique Iglesias, presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, sostuvo que la eficiencia social y la economía deben unificarse para dar respuesta al progreso.

Por cuatro años, desde 1989, explicó, vivimos la promesa de un mundo feliz. Sin embargo, ahora se puede ver que el ciclo depresivo de la economía no ha terminado y la idea de una nueva democracia ha quedado atrás.

Es por esto, agregó, que la solidaridad se convierte en uno de los tres vértices que conforman el liberalismo social, complementado por la mano invisible del mercado y la mano firme del Estado para procurar justicia y protección ambiental.

El doctor Daniel Bell, ganador del premio Talcott Parsons de Ciencias Sociales 1992, señaló que el establecimiento de mercados continentales como, el Mercado Común Europeo o el Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, tienen como objetivo facilitar las transacciones financieras y comerciales. Agregó que el mercado va en dirección a donde está el dinero y la geopolítica en sus términos actuales va contra los mercados porque el capital puede fluir libremente pero la gente no.

El doctor Daniel Belle señaló que el "Estado-Nación se está convirtiendo en un espacio demasiado pequeño para la resolución de los grandes problemas de la vida".

El filósofo Leopoldo Zea dijo que los sistemas económicos-sociales que se disputaban la hegemonía del mundo han entrado en crisis, ya que las ideas sobre las que se sustentaban, la libertad con detrimento de la justicia y viceversa, han demostrado su superficialidad.

Zea concluyó que la satisfacción de las múltiples demandas de los marginados es tarea del Estado, buscando siempre soluciones que no impliquen contrademandas. "Es decir, en lugar de imponer relaciones de dependencia, deben imperar relaciones de solidaridad que hagan de los éxitos de unos, alientos y posibilidades para los otros. La solidaridad como conciliación de libertades". Pero, aseguró, para encontrar la libertad hay que buscar la justicia social.

Es claro que este nuevo Estado, tiene el compromiso de garantizar la protección social, dentro del nuevo orden económico-social de apertura comercial. Protección social que no ha alcanzado la universalidad, por los desequilibrios que aún existen entre los sectores modernos y las actividades del "sector informal" y las rurales tradicionales. Ni duda cabe que el Estado debe continuar con una función protagonista, para asegurar la necesaria estabilidad social. Los cambios económicos necesariamente se deben fundamentar en una participación social canalizada por el Estado.

Ni duda cabe que las transformaciones recientes hacia economías más abiertas, con la consiguiente redefinición del papel del Estado que hemos visto a través de varios autores, plantean a la seguridad social la necesidad de nuevas estrategias.

En la búsqueda de la superación de los impactos de la apertura comercial, la seguridad social, según la Organización Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y varios estudiosos del problema, debe incorporar acciones encaminadas a los siguientes objetivos básicos:

- Universalidad.

- Cobertura del "sector informal".

Los trabajadores del llamado "sector informal" de la economía, en líneas generales, no se encuentran cubiertos por la seguridad social.

Los regímenes de seguridad social o no han encontrado el modelo que se adapte a sus características, o no tienen intención política para incorporarlos. Sin embargo, desde 1980, el "sector informal" de la economía ha crecido en forma alarmante, hasta alcanzar cifras superiores al tercio de la población económicamente activa de las áreas urbanas (OIT).

Según cifras presentadas por la Cámara Nacional de Comercio de México, en el Distrito Federal hay 2.36 ambulantes por cada socio de la Canaco. El promedio diario de ventas que genera el comercio informal es de 11.4 millones de nuevos pesos, lo que es equiparable al 23.85 del presupuesto para el Congreso de la Unión y el 12% del Poder Judicial. La utilidad global promedio por día que genera el comercio en la vía pública es de 45.8 millones de nuevos pesos. Asimismo la evasión fiscal equivale al 64.3 por ciento de la carga tributaria del sector eléctrico.

La protección por la seguridad social del "sector informal" de la economía, requiere de transformaciones legislativas e institucionales profundas.

- Cobertura de áreas rurales.

A pesar de los progresos logrados por algunos países americanos por cubrir a la población campesina, la lentitud en la extensión de la protección es clara. Las marcadas diferencias del sector campesino, su dispersión geográfica, su condición de aislamiento y pobre integración, son obstáculos importantes, pero en algunas partes, además, falta la decisión política. Sin embargo, urge encontrar formas para acelerar el proceso de cobertura, que abran el camino para las soluciones integrales de la seguridad social, basadas en la solidaridad y subsidiaridad.

- Integralidad.

Las contingencias cubiertas por la seguridad social continúan siendo las tradicionales. Sin embargo, en períodos de apertura comercial, es necesario establecer programas asistenciales y de cobertura complementaria, que atenúen entre otros problemas, el desempleo derivado de las medidas de ajuste.

Para la OIT el desarrollo de los regímenes de cobertura en caso de desempleo ha sido irregular, posiblemente debido a que en la mayoría de los países de la región se ha mantenido una situación de elevado desempleo o subempleo. El mercado de trabajo parecería progresar muy lentamente hacia los niveles de organización necesarios para poder poner en marcha, con cierta posibilidad de éxito, esta rama de protección.

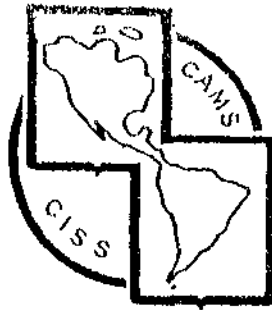
En la generalidad de los países de América Latina y el Caribe, el desempleo es de carácter estructural y por lo tanto difícil de afrontar con los mismos criterios, financieros y jurídicos, que utilizan los países desarrollados.

Conviene modificar los mecanismos utilizados para determinar el haber las pensiones y para actualizar su valor, pasando de la utilización de promedios basados en la última parte de la carrera laboral, a una consideración más completa de toda la relación del afiliado con el régimen. Además, a fin de mejorar las prestaciones ofrecidas por los regímenes públicos de cobertura de vejez, invalidez y muerte.

Se deben formular propuestas basadas en el establecimiento de regímenes que ofrezcan prestaciones complementarias, públicos o privados, debidamente ordenados y con la supervisión pública

necesaria para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que asuman, sin descuidar la coordinación entre ellos y con el sistema general de seguridad social.

Por todo lo afirmado y en concordancia con las posturas de la OIT, el Estado no puede sustraerse a sus responsabilidades de ordenador y garante de una seguridad social eficaz. Particularmente en períodos de reconversión económica y ante los impactos de la apertura comercial, el Estado debería respetar plenamente sus obligaciones como contribuyente a la seguridad social y abstenerse de politizar su administración y de aportar medidas que, directa o indirectamente, produzcan el agotamiento de los fondos destinados a financiar las prestaciones.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**ES REALMENTE EL MODELO TEORICO-MEDICO DEL ISSSTE
EL PARADIGMA DE LA REALIDAD INSTITUCIONAL?**

**DR. IRAM RAMIREZ TENA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
(I.S.S.S.T.E.)**

5 DE AGOSTO DE 1993.

**¿ES REALMENTE EL MODELO TEORICO-MEDICO DEL I.S.S.S.T.E.
EL PARADIGMA DE LA REALIDAD INSTITUCIONAL?**

I. DESARROLLO HISTORICO DEL ISSSTE.

Las raíces históricas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se remontan formalmente al 12 de agosto de 1925, con la aprobación de la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, para posteriormente en 1947, avanzar hacia un concepto más amplio de seguridad social, con el inicio de los servicios médicos como seguro ante riesgos laborales.

Fue en 1959, cuando se da origen a la prestación del servicio médico como actividad asistencial, mediante la utilización de servicios y con la finalidad de ampliar la cobertura de seguros y prestaciones a la población derechohabiente, creándose como unidad de control y coordinación, la Comisión de Servicios Médicos.

El 28 de diciembre del mismo año, el Congreso de la Unión aprobó la Ley que transformó a la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de tal manera que a partir del mes de enero de 1960, se amplían los servicios institucionales en interpretación del texto de la propia Ley.

El 26 de mayo de 1961, inicia su funcionamiento el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", constituyéndose desde entonces, como la unidad más importante del sistema institucional de servicios de atención médica, fungiendo como unidad de concentración nacional.

Durante el periodo comprendido de 1960 a 1962, se lleva a cabo la incorporación al régimen del I.S.S.S.T.E., de las Secretarías de Estado y algunos organismos descentralizados, tanto en el Distrito Federal como en el interior de la República, lo que determina la creación de los "servicios médicos foráneos".

El inicio de operación del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", significó la introducción de la estrategia a nivel nacional, de utilizar unidades hospitalarias propias para proporcionar atención médica integral, homogénea y oportuna, en los lugares más cercanos a la residencia de los derechohabientes.

Durante los primeros años de operación de los servicios médicos, se disponía de una infraestructura mínima e insuficiente para el otorgamiento de los seguros y prestaciones que por Ley merecía la creciente población derechohabiente, lo que dio lugar a la adquisición de unidades hospitalarias y edificación de clínicas propias.

La evolución institucional fue substituyendo paulatinamente las unidades subrogadas por unidades propias, principalmente en aquellas poblaciones donde era prioritario hacerlo, determinando como umbrales la existencia de una población de 1,500 derechohabientes o más; siempre en la búsqueda de lograr la igualdad entre la población derechohabiente y la capacidad física instalada, de forma tradicional el Modelo Médico Institucional se orientó hacia adecuar sus servicios a los daños a la salud que presentaba la población a su cargo y a la optimización de recursos que abatieran desigualdad, insuficiencia y disparidad.

De esta forma, en 1986, se estableció el Programa de Regionalización de Servicios Médicos enmarcado en un Modelo Multifactorial de Ambitos Regionales, que tomara en cuenta el número de población derechohabiente.

La caracterización de unidades en cuanto a morbilidad y otros problemas de salud, la capacidad física instalada, aspecto por demás importante en relación a la disponibilidad de inversión a veces muy disminuida.

Pese a los esfuerzos del Gobierno Público Federal, la disponibilidad de recursos humanos e insumos para la salud, la accesibilidad geográfica y el costo económico y social para acceder a nuestros servicios.

Paralelamente además, se ha iniciado en la modernización y fortalecimiento de las unidades aplicativas, a través de la estrategia de desconcentración administrativa, tanto delegacional como unidades hospitalarias de mayor nivel de atención y la implantación de programas de obra y equipamiento, con criterios de racionalidad y congruencia.

II. SITUACION ACTUAL.

De esta forma el Modelo Médico Asistencial del I.S.S.S.T.E., se estructura actualmente en un sistema regionalizado y escalonado por niveles de atención y complejidad, lo que permite la articulación de la red de unidades en favor de la continuidad asistencial. Dicho modelo se conforma de los tres niveles asistenciales planteados por la O.M.S.

En el primer nivel, se concentran servicios básicos de medicina general y familiar, en éste se cuenta con 1,093 unidades médicas, cuya isócrona es menos a una hora y se encuentran distribuidas en 5 unidades operativas:

1. Consultorio Auxiliar.
2. Unidades de Medicina Familiar, A, B, C, D y E.
3. Unidades de Medicina Familiar con Módulo Resolutivo.
4. Clínicas de Medicina Familiar de los Estados.
5. Clínicas de Medicina Familiar en el Area Metropolitana.

El segundo nivel de atención incluye unidades con un tiempo de traslado menor a dos horas, donde se realizan acciones de medicina general, familiar, odontología, hospitalización en las cuatro especialidades básicas más un promedio de 13 a 16 especialidades anexas, este nivel opera con 3 tipos de unidades:

1. Hospitales Generales.
2. Clínicas Hospitales.
3. Unidades Especiales:
(CLIDDA, CECA, Neuropsiquiatría, Odontología, Clínicas de Multiespecialidad).

El tercer nivel de atención, posee un tiempo de traslado máximo de cuatro horas, en éste se integran los once hospitales regionales del Instituto a nivel nacional con un catálogo superior a 25 especialidades, desarrolladas en distintos grados en cada una de estas unidades. En este nivel, se incluye la unidad de alta especialidad de concentración nacional "Centro Hospitalario 20 de Noviembre", donde, entre otros procedimientos de gran resolución se incluyen: el trasplante renal, la cirugía de mano, la unidad de quemados, el tratamiento de radioterapia a través de la Bomba de Cobalto, el acelerador lineal, cirugía estereotáxica y como una importante experiencia institucio-nal la "cirugía de corazón".

En cuanto al esquema de regionalización, el programa vigente desde 1991, plantea ocho regiones geográficas y funcionalmente delimitadas, en un intento de lograr el autocontenido y la suficiencia resolutiva. Es importante señalar que con la finalidad de lograr la verdadera optimización y racionalidad de los recursos existentes, se ha dado mayor preponderancia a la regionalización funcional, que a la accesibilidad geográfica.

III. RECURSOS.

De forma general, los recursos institucionales en contacto con el derechohabiente, se constituyen por: 52,653 trabajadores, de los cuales 14,559 (28%) son médicos, 17,515 (33%) es personal de enfermería y el restante 20,597 (39%) incluye técnicos administrativos y personal de servicios generales.

En cuanto a la capacidad física instalada básica, existen:

3,607 CONSULTORIOS
 6,550 CAMAS CENSABLES
 2,251 CAMAS DE TRANSITO
 238 QUIROFANOS
 116 SALAS DE EXPULSION
 561 PEINES DE LABORATORIO
 351 EQUIPOS DE RX

Estos recursos, le otorgan a la institución una capacidad de cobertura por arriba de los índices recomendados en cuanto a consultorios por derechohabientes, porcentaje de camas de tránsito, quirófanos, salas de expulsión y equipos de rayos X y cercana al indicador en cuanto a camas censables, a continuación se describen estos índices.

INDICADORES DE COBERTURA

CONCEPTO	1 9 9 2	RECOMENDADOS
CONSULTORIOS 1er. NIVEL	1 X 5,083 DH.	1 X 4,000 D.H.
CAMAS CENSABLES	.762 X 1,000 DH.	.850 X 1,000 DH.
CAMAS TRANSITO	34% C. CENSABLES	20% C. CENSABLES
QUIROFANOS	136,118 DH.	1 X 50,000 DH.
SALAS DE EXPULSION	1 X 56 CENSABLES	1 X 75 CENSABLES
LABORATORIOS (PEINES)	1 X 15,323 DH.	1 X 4,500 DH.
RAYOS X (EQUIPOS)	1 X 24,490 DH.	1 X 40,000 DH.

FUENTE: AGENDA ESTADISTICA ISSSTE-1992.

IV. GASTO EN ATENCION A LA SALUD.

Bajo este sistema de atención médica regionalizado y escalonado, aparentemente de una sola entrada por el primer nivel de atención, se ha intentado establecer un Modelo de Atención a la Salud, con congruencia y equidad, que responda a las necesidades que en materia de atención a la salud presenta la población derechohabiente.

Así para 1993, del total del presupuesto institucional, el presupuesto asignado para el gasto de salud es de 28%; de ese total, 14,3% se asigna a medicina preventiva y 69.31% para atención curativa; con una asignación del gasto percapita de N\$248.00 equivalente aproximadamente a U.S.D. 80 por persona, en contraste con la recomendación internacional de U.S.D. 1,000.

V. USO Y DEMANDA DE SERVICIOS.

En respuesta al modelo asistencial así conformado, el patrón de uso y demanda de servicios observados durante los siguientes aspectos relevantes:

De 1987 a 1992, el porcentaje de la población nacional amparada por los servicios médicos del I.S.S.S.T.E., se mantuvo en un rango de 9.5% al 10.3% (Cuadro N° 1).

COBERTURA NIVEL NACIONAL
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 1.

A Ñ O	P O B L A C I O N	
	AMPARADA	COBERTURA
1987	7'356,632	9.6
1988	7'415,149	9.5
1989	7'844,533	9.8
1990	8'302,425	10.2
1991	8'506,740	10.3

FUENTES: ANUARIOS ESTADISTICOS, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

De esta población para 1987, el grupo femenino representaba el 55.8% y el masculino el 44.2%, descendiendo nuevamente en el periodo el porcentaje de mujeres, hasta el 54.2% actual, con el concerniente incremento de hombres al 45.7% (Cuadro N° 2).

PORCENTAJE DE POBLACION AMPARADA SEGUN SEXO
1987 - 1991

CUADRO N° 2.

A Ñ O	HOMBRES	MUJERES	TOTAL POBLACION
1987	44.2	55.8	100
1988	44.2	55.8	100
1989	44.5	55.5	100
1990	45.1	54.9	100
1991	45.7	54.2	100

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.

En cuanto al tipo de derechohabiente, el grupo de "trabajadores" decreció paulatinamente del 28.5% en 1987, al 23.7% reportado en 1991, en contraste, el porcentaje de población pensionada presentó un incremento del orden de 37%, ya que, del 1.9% en 1987, para 1991 se encuentra en 2.6% (Cuadro N° 3), esta situación, seguramente refleja el impacto de la contracción del aparato burocrático sufrida durante los últimos años y el indudable incremento de la población geriátrica que se observa en nuestro país.

TIPO DE POBLACION AMPARADA
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 3.

A Ñ O	POBLACION TOTAL	TRABAJADORES	%	PENSIONADOS	%
1987	7'356,632	2'095,323	28.5	138,511	1.9
1988	7'415,149	2'090,447	28.3	166,904	2.2
1989	7'844,533	2'097,216	26.7	187,485	2.4
1990	8'302,425	2'012,104	25.4	204,344	2.5
1991	8'056,748	2,010,456	23.7	218,248	2.6

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.

Con respecto a la población usuaria de nuestros servicios, durante este periodo (1987 - 1991), el porcentaje de usuarios no rebasó el 70%, con poca variación anual en el porcentaje registrado, en un rango de entre 67% a 69% (Cuadro N° 4), en estas cifras se expresa el "traslape" de la población derechohabiente de otros servicios de seguridad social y en mínima parte el grupo que no requiere de la misma.

POBLACION AMPARADA Y USUARIA
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 4.

A Ñ O	POBLACION		%
	A M P A R A D A	U S U A R I A	
1987	7'356,632	4'920,943	67
1988	7'415,149	4'960,149	67
1989	7'844,533	5'255,837	67
1990	8'032,425	5'728,673	69
1991	8'506,748	5'869,656	69

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, ISSSTE.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA, ISSSTE.

Por lo que hace a la demanda de atención solicitada en los diferentes servicios, se observa, que la consulta externa general fue demandada en un rango del 70.1% al 71.3% y la especializada del 28.7% al 29.9%. El indicador señala 80% para la primera y el 20% para la segunda, la concentración de consultas por derechohabiente presentó en este lapso un decremento constante, de 2.3 en 1989 a 2.0 en 1991, (Cuadro N° 5) contra un índice esperado de 3 consultas por derechohabiente.

PORCENTAJE DEL TIPO DE CONSULTAS OTORGADAS
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 5.

A Ñ O	C O N S U L T A S				TOTAL
	MEDICINA GENERAL		ESPECIALIDAD		
	Nº	%	Nº	%	
1987	11'830,554	70.2	5'026,443	29.0	16'056,997
1988	11'919,912	70.6	4'960,145	29.4	16,880,057
1989	11'299,707	70.1	4,818,521	29.9	16'118,220
1990	11'941,092	71.3	4'797,626	28.7	16'738,718
1991	11'887,887	70.4	5'003,221	29.6	16'891,108

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA, ISSSTE.

Al analizar la demanda de consulta especializada por división, de las cuatro básicas, encontramos, que mientras Medicina Interna presenta una tendencia al ascenso con una r positiva de 0.699, Ginecología y Pediatría presentan una tendencia de disminución con r negativa de -0.783 para la primera y -0.854 para la segunda (Cuadro N° 6) con una demanda de Cirugía estable durante estos cinco años.

PORCENTAJE DE CONSULTAS OTORGADAS POR DIVISION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 6.

AÑO	GINECO OBSTETRICIA		PEDIATRIA		CIRUGIA		MEDICINA INTERNA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1987	560083	15.9	567516	16.1	1385447	39.3	1008110	28.6	3521156
1988	516997	15.1	532327	15.5	1364015	39.9	1008391	29.5	3421710
1989	514960	15.3	475012	14.2	1363996	40.6	1006479	29.9	3360447
1990	505342	16.0	497070	15.8	1142498	36.2	1008241	32.0	3153159
1991	511874	14.8	479316	13.8	1426449	41.1	1048144	30.2	3564783

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA, ISSSTE.

Por lo que respecta a los servicios hospitalarios, el porcentaje de población que demandó egresos, disminuyó de manera discreta del 3.8% en 1987 al 3.4% en 1991 (Cuadro Nº 7) comparado con el indicador institucional del 5%.

PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE REQUIRIO
EGRESO DE HOSPITALIZACION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO Nº 7.

A Ñ O	%
1987	3.8
1988	3.7
1989	3.4
1990	3.3
1991	3.4
MODELO INSTITUCIONAL	5.0

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

En cuanto al tipo de derechohabiente que demandó hospitalización, llama la atención el incremento constante de egresos de población pensionada, que durante el lapso, se incrementó en un 80%, con 2.5% en 1987 y 4.5% en 1991, (Cuadro Nº 8), situación seguramente atribuible al incremento de población geriátrica que ya hemos mencionado.

PORCENTAJE DE EGRESOS POR TIPO DE POBLACION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO Nº 8.

AÑO	TRABAJADOR	PENSIONADOS	OTROS	%
1987	42.0	2.5	55.5	100
1988	40.0	3.2	56.8	100
1989	39.8	3.6	56.6	100
1990	39.7	4.0	56.3	100
1991	40.6	4.5	54.9	100

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.

La distribución de egresos por nivel de atención, en estos años, ha permanecido casi constante, con el 60% para el segundo nivel de atención y 40% para el tercero, en contraste con el comportamiento esperado del 75% para el segundo y 25% para el tercero.

El análisis de regresión, de estos datos, muestra una tendencia ligeramente ascendente para los servicio de hospitalización general, con una pendiente positiva de $r = 0.664$ y el tercer nivel describe una tendencia negativa de -0.639 , lo que expresa un ordenamiento paulatino en el uso y demanda de nuestros servicios, a expensas del fortalecimiento realizado en unidades de hospitalización (Cuadro N° 9), al programa de regionalización y desde luego a la mayor confianza del usuario en este tipo de servicios.

PORCENTAJE DE EGRESOS POR NIVEL DE ATENCION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 9.

A Ñ O	2º NIVEL	3er. NIVEL	%
1987	61.0	39.0	100
1988	60.4	39.6	100
1989	61.4	38.6	100
1990	63.2	36.8	100
1991	63.0	37.0	100
MODELO INSTITUCIONAL	75%	25%	100

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

Asimismo, el análisis de los egresos por división, muestra también datos interesantes, con algunas diversas en cuanto al modelo institucional, donde en lugar del 28%, sobre el total de egresos, esperados para ginecología, se observan en el periodo, entre el 39.6% al 40.8%; para pediatría del 18% esperado, se observó entre 14.4% y 16.6%; cirugía del 40%, esperado, fue del 25.4 al 26.9 y finalmente del 14% para medicina interna, se registró del 16.9 al 18.9% (Cuadro N° 10).

PORCENTAJE DE EGRESOS POR DIVISION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 10.

A Ñ O	GINECO OBSTETRICIA	PEDIATRIA	CIRUGIA	MEDICINA INTERNA	%
1907	40.8	16.6	25.4	17.2	100
1988	42.8	14.4	25.9	16.9	100
1989	41.5	15.5	26.0	17.0	100
1990	41.1	15.1	25.8	18.0	100
1991	39.6	14.6	26.9	18.9	100
MODELO INS- TITUCIONAL	28%	18%	40%	14%	100

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

Al analizar la pendiente de estas cuatro divisiones, encontramos que existe una tendencia regresiva en las divisiones de gineco-obstetricia y pediatria con $r = -0.533$ para la primera y la $r = -0.388$ para la segunda, mientras que en cirugía y medicina interna, sucede lo contrario, con tendencias al ascenso y pendientes positivas de $r = 0.680$ para la primera y $r = 0.174$ para la segunda.

En relación a los motivos de egresos hospitalarios, durante estos cinco años, de forma constante, la atención de partos, afecciones obstétricas directas y abortos, han ocupado los tres primeros lugares de egresos. El resto de los primeros diez lugares, muestra un patrón acorde con la conocida transición epidemiológica, donde los procesos crónico-degenerativos y los traumatismos varios, van desplazando a las infecciones intestinales y en menor grado a las afecciones de vías respiratorias (Cuadro N° 11).

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 11.

C A U S A	1987	1988	1989	1990	1991
PARTO NORMAL	12	12	12	12	12
AFECCIONES OBSTETRICAS DIRECTAS	22	22	22	22	22
ABORTO	32	32	32	52	32
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTES- TINALES	42	42	92	132	62
HERNIA DE CAVIDAD ABDOMINAL	52	72	52	112	82
DIABETES MELLITUS	62	82	42	72	42
FRACTURAS	72	52	-	102	52
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO- MUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	82	102	-	122	72
TUMORES MALIGNOS	92	92	-	162	112
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	102	132	112	172	122

FUENTE: BREVIARIO ESTADISTICO SECTORIAL 1980 - 1990.

Mención especial, la constituye la atención de partos por parte de nuestro sistema, ya que al establecer el porcentaje atendido en relación a las derechohabientes en edad fértil observamos que de 1987 a 1991, existe un decremento del 30%, con 4.5% para el primer año y 3.2% para este último. Hecho, que nos hace reflexionar sobre el impacto del programa de planificación familiar y desde luego en la necesidad de intensificarlo.

Finalmente, con respecto a las consultas de urgencias, durante este periodo se observa baja en la población que demanda este servicio, donde el 21.7% que llegó a presentarse en 1988, para 1990 y 1991 desciende a 8.3% para el primero y 8.7% para el segundo, (Cuadro N° 12), muy acorde estos últimos años, con el comportamiento esperado del 10% a nivel nacional, aunque no con el modelo institucional que, estima que el 30% de la población derechohabiente demandara estos servicios.

PORCENTAJE DE CONSULTAS DE URGENCIA
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 12.

A Ñ O	P O B L A C I O N		%
	AMPARADA	CONSULTAS DE URGENCIAS	
1987	7'356,632	1'357,156	18.3
1988	7'415,149	1'607,449	21.7
1989	7'844,533	1'544,657	19.7
1990	8'302,425	693,560	8.3
1991	8'506,748	744,740	8.7
MODELO INS-TITUCIONAL			30.0

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

En apoyo al comportamiento anterior, durante los últimos dos años se ha incrementado el porcentaje de pacientes hospitalizados por el área de urgencias, que para 1987 fue del 13%, para 1989 del 12% y en 1990 y 1991 fue del 27.7% y 25% respectivamente (Cuadro N° 13).

URGENCIAS ATENDIDAS Y PACIENTES QUE
REQUIRIERON HOSPITALIZACION
ISSSTE 1987 - 1991

CUADRO N° 13.

A Ñ O	CONSULTAS DE URGENCIAS	HOSPITALIZACION	
		Nº	%
1987	1'347,156	175,339	13.0
1988	1'607,449	187,826	11.7
1989	1'544,657	188,464	12.2
1990	693,560	192,465	27.7
1991	744,740	186,658	25.1

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO, ISSSTE.
INDICADORES DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA,
ISSSTE.

Estos datos, seguramente reflejan el impacto de un proceso educativo sobre el uso y demanda de servicios, que se ha dirigido tanto al usuario como al prestador de servicios, a efecto de garantizar la atención de verdaderas urgencias.

CONCLUSIONES:

Es evidente, que en su proceso evolutivo los servicios médicos de este Instituto, han afrontado la influencia de una serie de factores de índole social, cultural y de restricción financiera, producto del contexto nacional donde se encuentran inmersos; en respuesta, de manera constante, ha sido necesario establecer estrategias de organización y desarrollo, que permitan la racionalidad y congruencia de los servicios médicos que se otorgan, en la búsqueda de lograr que la red institucional, se constituya en el paradigma de la atención a la salud que requiere el derechohabiente.

El análisis de las principales estadísticas del uso y demanda de servicios observados durante los últimos cinco años, nos orienta con mayor precisión, sobre el ordenamiento que requieren nuestros servicios médicos para responder con adecuación al patrón de demanda actual y al impacto que en el futuro cercano, recibirá nuestro Instituto:

1. Aproximadamente un 70% de la población adscrita al ISSSTE es usuaria de nuestros servicios.
2. Esta población usuaria genera un indicador de 2.3 consultas por derechohabiente.
3. Del total de consultas registradas, 70% son de consulta general y 30% de especialidad.
4. Aproximadamente un 3.3% a 3.8% de la población total demanda atención hospitalaria.
5. Del total de egresos registrados, 60% corresponden al segundo nivel y 40% al tercero.
6. El análisis de la tendencia que sigue esta demanda de egresos, muestra un discreto aumento en la demanda del segundo nivel y la consecuente disminución en la de tercero.
7. La demanda por división tanto en consulta externa como en hospitalización, muestra tendencia a la disminución en pediatría y gineco-obstetricia con tendencia al incremento en medicina interna y una tendencia mínima de incremento en cirugía.
8. Las causas de egreso hospitalario, muestran un patrón de transición epidemiológica, que incluye en sus primeros lugares la atención de partos y problemas obstétricos y a los procesos crónico-degenerativos.
9. Si bien la tasa de natalidad institucional, muestra una tendencia al descenso, el número absoluto de los mismos, seguramente continuará impactando a nuestros servicios, lo que deberá tomarse en cuenta en la organización de las áreas obstétricas.
10. La demanda de atención de urgencia, presentó durante el periodo de estudio un importante descenso del 21.7% al 8.3%.
11. Existe un inminente incremento de población geriátrica usuaria de nuestros servicios, de 1987 a 1991, el incremento en egresos hospitalarios por pensionados fue de 80%.

Con estos elementos, creemos que la directriz institucional deberá orientarse hacia los siguientes aspectos:

1. Continuar con el fortalecimiento de unidades de 1º y 2º nivel de atención, estableciendo programa de referencia y contrarreferencia de pacientes con mayor efectividad.
2. Establecer estrategias de optimización que permitan alcanzar el desarrollo tecnológico de vanguardia, aún en el marco de restricciones presupuestales del nivel nacional y el alto costo del equipamiento de punto, de entre ellos, la coordinación inter-institucional orientada en este sentido no deberá dejarse de lado.
3. Reorientar la distribución de los recursos existentes por división y servicios acorde con la tendencia de su demanda.
4. Intensificar las campañas de detección temprana de padecimientos crónico-degenerativos, así como fortalecer las clínicas de control y seguimiento de los mismos.
5. Reforzar los servicios de atención geriátrica, tanto preventivos como curativos, procurando extender los beneficios al usuario mediante acciones extramuros.
6. Finalmente, un aspecto fundamental en la conformación del Modelo Médico-Asistencial, lo constituye la reorientación presupuestal, que incida de manera real en acciones preventivas y de fomento de la salud, cuya consecuencia natural sea el impacto real y benéfico en la salud del trabajador al servicio del Estado.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO
EN LA ATENCION A LA SALUD**

**LIC. GONZALO MOCTEZUMA BARRAGAN
SECRETARIA DE SALUD**

5 DE AGOSTO DE 1993.

IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO
EN LA ATENCION A LA SALUD

Como toda actividad humana, los servicios de atención a la salud no pueden analizarse desde un punto de vista aislado. La realidad ha demostrado que los diferentes factores que se involucran en la prestación de servicios de salud se interrelacionan sistemáticamente dentro de un mundo predominantemente económico. Fácilmente podremos apreciar la relación a que me refiero si hacemos un recuento de los distintos servicios de salud que se prestan a la población mexicana.

La Ley General de Salud, instrumento normativo que tiene por objeto reglamentar la garantía social a la protección de la salud de toda persona, establece tres grandes rubros respecto de los diferentes tipos de servicios de salud:

- De atención médica.
- De salud pública.
- De asistencia social.

En todos los países del mundo los servicios de salud están reglamentados por el Estado, siendo que en la mayoría de ellos también participa en su prestación. En nuestro país estos servicios se clasifican según los prestadores de los mismos, en:

- Servicios públicos, que se proporcionan a la población en general.
- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo de el Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- Servicios sociales y privados.

Consideramos de importancia mantener en nuestras mentes esta clasificación a lo largo del análisis que emprenderemos.

Se ha hecho costumbre el hablar de aspectos relacionados con el Tratado de Libre Comercio, mencionar inicialmente aquello que no fue negociado, para posteriormente referirse a lo que sí lo fue.

No fueron objeto de negociación los servicios de salud pública, ni tampoco los servicios de seguridad social, como lo sostiene el licenciado Fernando de Mateo, pieza fundamental en la negociación del comercio transfronterizo de asistencia pública, los proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores

del Estado y por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, entre otros, no fueron objeto de negociación. Esto quiere decir que el Estado mexicano continuará teniendo plena libertad en el establecimiento de sus políticas de salud pública y seguridad social".(2)

Con esto, podemos aseverar que, en lo general, no habrá un impacto importante por lo que hace a las facultades normativas y de autoridad sanitaria, cuya ejecución corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, según sus respectivos ámbitos competenciales. Sin embargo, en lo particular, existen algunos compromisos que se han negociado en el Tratado, a los cuales nos referiremos.

El Tratado contiene una sección dedicada al desarrollo, adopción y ejecución de medidas sanitarias y fitosanitarias, orientada a impedir el abuso de dichas medidas con el objeto de restringir al comercio, salvaguardando el derecho de cada país para adoptar las medidas que en esta materia más le convengan, respetando su soberanía. Con ello, se confirma el derecho de cada nación para determinar el nivel de protección sanitaria o fitosanitaria que se considere adecuado, protección que puede alcanzarse siempre que se fundamente en principios científicos y en una evaluación del riesgo, evitando en todo momento la discriminación.

Con ello, se pretende alentar a las partes suscriptoras para que se apeguen, en la medida de sus posibilidades, a normas internacionales, buscando la armonización y equivalencia. Toda norma, entonces, deberá emitirse en el contexto regional, previa evaluación de los riesgos por medio de procedimientos abiertos que incluyan reglas para su control, inspección y evaluación.

En este orden de ideas, se convino en no utilizar normas técnicas como obstáculos innecesarios al comercio y por tanto colaborar para mejorar y hacerlas compatibles en la zona de libre comercio, tomando en consideración los principios mencionados.

En México comienzan ya a verse los efectos de estas disposiciones, particularmente con la promulgación de una nueva Ley Federal sobre Metrología y Normalización en junio del año pasado, con cuya vigencia todas las normas técnicas que hayan sido expedidas por el Gobierno Federal incluyendo las de la Secretaría de Salud, perderán su vigor el próximo 15 de octubre. Bajo este esquema, la citada Secretaría se encuentra trabajando, a través de dos

(2) "El Ejercicio Profesional del Médico y el Tratado de Libre Comercio", presentado en el Simposio "El Ejercicio y el Médico Profesional Mexicano" el 13 de abril de 1993.

Comités Consultivos Nacionales de Normalización, en la expedición de normas oficiales mexicanas bajo los nuevos parámetros de normalización y en cuyo proceso dará participación a los diferentes sectores de la población.

Se sabe que "tampoco se negociaron las reglamentaciones de carácter sanitario, incluyendo los diferentes permisos requeridos por las autoridades sanitarias para que los hospitales y clínicas puedan funcionar. Cada uno de los tres países mantienen sus procedimientos y autoridad para aprobar las medicinas y equipo médico. Sin embargo, los tres países se comprometen a no discriminar en favor de sus nacionales en el otorgamiento de permisos sanitarios o en la autorización de medicamentos o equipo médico". (3)

No obstante lo anterior, el proceso de desregulación llevado a cabo por el Gobierno Mexicano, impactó la legislación sanitaria al grado de que, a partir de junio de 1991, se eliminó la necesidad de obtener autorizaciones sanitarias en más de un 90% de los casos, conservándose dicho requisito sólo para establecimientos dedicados al proceso de medicamentos, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación y sustancias tóxicas o peligrosas para la salud.

Por otra parte, el citado Tratado establece los derechos y obligaciones para facilitar el comercio transfronterizo de servicios, bajo las siguientes reglas:

TRATO NACIONAL Y TRATO DE NACION MAS FAVORECIDA: Que implica dar un trato a los ciudadanos de los países signantes no menos favorable que el otorgado a los prestadores de servicios nacionales, así como un trato no menos favorable que el que se otorgue a cualquier otro ciudadano de país no signante.

PRESIDENCIA LOCAL: Mediante la cual, no se requiere que los prestadores de servicios se establezcan en el país en que los desempeñarán.

RESERVAS: A través de las cuales cada país podrá establecer algunos puntos que se dejarán fuera del Tratado, teniendo dos años para completar la lista con las reservas estatales y provinciales correspondientes.

RESTRICCIONES CUANTITATIVAS, NO DISCRIMINATORIAS: A través de las cuales cada país podrá proporcionar una lista con las disposiciones vigentes no discriminatorias que limiten el número de prestadores de servicios o las operaciones de los prestadores de servicios en algún sector particular.

(3) Idem.

OTORGAMIENTO DE LICENCIAS Y CERTIFICACIONES: Para evitar barreras innecesarias al comercio de servicios, el Tratado da las bases para que a través de una comisión se establezcan criterios objetivos y transparentes para el otorgamiento de las referidas certificaciones o licencias.

Como puede apreciarse, el TLC va más allá de la liberalización comercial exclusivamente en materia de bienes, como generalmente se ha hecho en otros instrumentos similares, toda vez que incluye la prestación de servicios y reglas para la inversión.

En materia de bienes, todos los productos que pueden ser considerados de interés para el gremio médico, ya sea en su práctica privada como en la pública fueron objeto de negociación. Por tanto, las restricciones arancelarias para el equipo médico proveniente de los Estados Unidos y de Canadá, que es ampliamente consumido por nuestro país, serán liberalizadas en un plazo no mayor de cinco años, lo cual bien podría repercutir en una reducción de los costos en la atención médica tanto pública como privada. Asimismo, se eliminarán los aranceles a la mayor parte de los medicamentos en un plazo de entre cinco y diez años, con la intención de que la industria nacional afronte el reto de la calidad total en los plazos establecidos y una vez cumplidos éstos, se pueden adquirir a mejores precios los insumos para la salud provenientes de la zona de libre comercio.

Los expertos que han desarrollado trabajos en la materia, han identificado como "ventajas potenciales del TLC el establecimiento de un mercado común de servicios médicos que implicaría la libre movilidad del consumidor y de recursos diagnósticos; la movilidad temporal del personal médico entre los tres países; aumento en la importación de tecnología médica y presencia comercial en México de los proveedores extranjeros".⁽⁴⁾ Lo cual puede esquematizarse fácilmente si tomamos en cuenta que los servicios médicos pueden comerciarse internacionalmente de cuatro modos fundamentales:⁽⁵⁾

1. A través de las fronteras mediante la utilización de los avances tecnológicos, como las telecomunicaciones y la computación a larga distancia.

(4) Asa Cristina Laurell. "El Impacto del Libre Comercio en el Sector Salud". Edit. Fundación Friedrich Ebert. Mexico, D.F., pág. 22.

(5) A este esquema se ha referido el Lic. Fernando de Mateo, op. cit.

2. Mediante el movimiento transfronterizo del consumidor. En el cual se estableció el compromiso de los países negociadores a no imponer restricciones de carácter migratorio o de control de los medios de pago.
3. Mediante la constitución de sociedades mercantiles. Cuya clara forma de expresión la podemos encontrar en el establecimiento de un hospital en un país que no es el de origen con capital 100% extranjero.
4. Finalmente, por el desplazamiento del prestador del servicio. En donde a primera vista podría parecer que nuestras puertas están cerradas, sin embargo, en el trabajo encontramos dos disposiciones que regulan este tipo de intercambio.

En la primera, se establece el compromiso de eliminar los requisitos de nacionalidad y residencia permanente para la prestación de servicios profesionales, mientras que en la segunda, se acordó un procedimiento para la negociación futura del reconocimiento de licencias y certificados para la práctica profesional.

Al considerar esta situación, en mi opinión, una de las más trascendentales consecuencias de la apertura comercial para la práctica médica en nuestro país, deseo destacar que:

Los gobiernos se comprometen a incentivar a los colegios y asociaciones de profesionales para que se reúnan y discutan los criterios que eventualmente permitirían ese reconocimiento mutuo de licencias y certificados; de esta manera, la negociación entre los gremios de los tres países es voluntaria y posterior a la vigencia del tratado.

Este es un aspecto que reviste una importancia fundamental para el estudio del impacto de la apertura comercial, porque en cada uno de los tres países existen actualmente diferentes sistemas para la expedición de estos certificados y licencias para el ejercicio profesional.

Como ustedes saben, en los Estados Unidos y en Canadá, el otorgamiento de las licencias y certificaciones se da a través de los "Boards" bajo un procedimiento por demás complicado para los extranjeros.

Sin embargo, en el caso de México, encontramos que la legislación en materia de profesiones tiene soporte constitucional (artículo 5º) con una Ley Reglamentaria en la materia, que es de aplicación exclusiva para el Distrito Federal y supletoria para la República en asuntos del orden Federal, dejando como competencia de los gobiernos estatales la expedición de leyes locales, de una forma similar a la de nuestros socios comerciales. No obstante, hay que

recordar que nuestro país es por naturaleza centralista, por lo que las entidades federativas han adoptado el modelo del Distrito Federal para sus respectivas leyes, inclusive se habla de un convenio tácito para el efecto de sujetarse a una legislación común, lo cual nos diferencia sustancialmente.

Esta Ley actualmente establece la prohibición expresa para que los extranjeros puedan ejercer las profesiones reguladas en la misma en el Distrito Federal, con su consiguiente reflejo en las legislaciones estatales. Situación que debo comentarles está revisándose por las autoridades educativas correspondientes.

Especial tratamiento reciben las profesiones de la rama médica y sus especialidades, dado que el esquema norteamericano y canadiense, como hemos visto, son muy diversos al mexicano, el cual no establece a la fecha reglas obligatorias, aún cuando existe un mecanismo de facto muy ágil, que se aplica como compromiso moral por las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, a través de la certificación que se otorga por conducto de los "consejos de especialidades médicas", lo cual nos coloca en una posible desventaja ante los otros dos países firmantes en el Tratado, que cuentan con normas rígidas para la práctica de especialidades a nivel estatal y provincial.

En atención a problemas como el descrito, el tratado establece que en la toma de decisiones con respecto al otorgamiento de licencias y certificaciones se seguirán determinados criterios, entre los cuales se encuentran: la educación, la examinación, la conducta y la ética profesionales, la actualización para la recertificación y la amplitud de la práctica profesional, que serán tutelados por la Secretaría de Educación Pública en representación de nuestro país, conjuntamente con las instituciones que estarán presentes en las negociaciones entre los gremios. Asimismo establece que las recomendaciones que surjan de estas negociaciones se presentarán a los tres gobiernos, los cuales después de analizarlas establecerán si son compatibles con las disposiciones del tratado. Si es así, se recomendará a las autoridades competentes la adopción de tales recomendaciones.

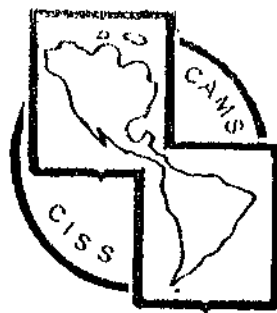
Complementariamente, se encuentra también regulado en el tratado un capítulo referente a la "Entrada Temporal de Personas de Negocios", entre las cuales puede incluirse a los profesionales médicos y asociados. Para estos casos, se establece que no se modificarán las leyes y reglamentaciones migratorias y laborales, únicamente se llevará a cabo lo que se ha venido llamando una "simplificación administrativa", de forma tal que se elimine la discrecionalidad de los funcionarios de migración en el otorgamiento de visas a profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud que ingresen en alguno de los países de la zona de libre comercio, exclusivamente con fines de docencia, investigación o participación en seminarios, pero no necesariamente para desempeñar su profesión.

Ante este esquema, que se avisa muy complicado en principio, la Secretaría de Salud, preocupada por estos temas de trascendencia, dentro de los festejos del Cincuentenario de su creación, se encuentra organizando para el mes de noviembre próximo un Foro Trinacional sobre el "Ejercicio Profesional del Médico ante la Apertura Comercial" al cual acudirán representantes del gremio médico y jurídico de México, Canadá y los Estados Unidos de América, con la participación activa de organizaciones gubernamentales, colegios, academias y agrupaciones médicas, con la asesoría de las Secretarías de Comercio de los tres países, cuyos resultados se divulgarán ampliamente.

A modo de conclusión, a continuación haré algunos comentarios que me parece resumen de alguna manera las ideas que ha querido expresar a lo largo de esta plática.

1. Podemos aseverar que el tratado no va a ocasionar impacto alguno en los servicios de salud pública y de seguridad social
2. Sin embargo, avisoramos que la atención de la salud en el área privada será impactada directamente, como consecuencia del intercambio transnacional de profesionistas y el cruce de fronteras de empresas privadas.
3. La liberalización en materia de medicamentos, se llevará a cabo de manera gradual, permitiendo que los diferentes sectores involucrados se vayan ajustando paulatinamente a las nuevas condiciones de competencia, mientras que tratándose de instrumental y equipo médico, la liberalización se dará casi inmediatamente después de la entrada en vigor del tratado, lo cual, ayudará a reducir los costos de los servicios de atención médica en sus modalidades de servicios privados y públicos.
4. El reconocimiento de licencias y certificaciones no será automático, sino que requerirá de una negociación ulterior, en la cual deberá estar representado el gremio médico, en el caso, claro está, de que se considere conveniente iniciar este proceso.
5. Sin embargo, con la entrada en vigor del tratado, se permitirá la entrada temporal de prestadores de servicios de salud en cualquier país miembro del tratado, siempre y cuando su ingreso sea con fines de docencia, investigación o participación en seminarios, quedando claro que esta autorización no implicará de ninguna manera el reconocimiento mutuo de licencias y certificados.

Como vemos no todo está dicho, la Secretaría de Comercio ha cumplido con su compromiso de dar el esquema comercial idóneo, resta ahora a las diversas autoridades de salud plantear alternativas que beneficien la práctica profesional de la medicina afrontando la apertura comercial que hoy en día vivimos.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**LA EDUCACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL
TRATADO DE LIBRE COMERCIO**

**DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS
DE EDUCACION MÉDICA DEL IMSS**

5 DE AGOSTO DE 1993.

LA EDUCACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

Introducción.

El Tratado de Libre Comercio entre los países de América del Norte (TLC) ha despertado expectativas sobre su influencia en diversos ámbitos de la vida en México. Muchas de estas expectativas se sustentan más en la especulación que en la normatividad explícita, máxime que una buena proporción de sus consecuencias no serán directas. El texto del TLC⁽¹⁾, un tanto críptico para los no expertos, apenas si parece definir lineamientos generales, varias de cuyas consecuencias tienen que conjeturarse a partir de supuestos.

Este ensayo intenta anticipar lo que ocurrirá en la educación médica. Todas las predicciones, por supuesto, se tienen que entender en términos de probabilidad y expresarse en función de las tendencias, las condiciones actuales y las necesidades sociales.

Al ser un instrumento de intercambio comercial, el TLC abarca las regulaciones de un mercado internacional, el que, pese a su nombre, no establece un comercio totalmente libre entre los países sino uno sujeto a normas convenidas, al menos en el corto plazo. A partir de estas reglas, los efectos sobre ámbitos no estrictamente comerciales sólo pueden enunciarse en forma de hipótesis, como escenarios probables imaginados con base en los indicios. La predicción de la influencia que tendrá el TLC sobre las características de la atención a la salud y la educación en nuestro país no surge del texto mismo. En el caso de otros asuntos, muchos pronósticos han nacido del análisis de las diferencias entre los tres países y de la hibridización hipotética de ellas, seguida de una transpolación a las condiciones mexicanas, sin que dejen de participar aspectos más subjetivos como los temores, los deseos y las esperanzas. Todo mundo está de acuerdo, no obstante, que el TLC representa tanto oportunidades como riesgos, las primeras relacionadas con el estímulo a la competitividad, la colaboración y el intercambio y los segundos con la acentuación de las asimetrías, la pérdida de identidad o soberanía y la adopción de los inconvenientes más que de las ventajas.

El objeto de este ensayo es conjeturar en torno a las consecuencias del TLC sobre la educación médica en México, entendida en su contexto más amplio, es decir, no sólo la que se refiere a la formación de médicos sino también de otros miembros del personal de salud e incluyendo los procesos de educación continua en sus variantes de capacitación y desarrollo.

Es obvio que la educación médica en México tendrá que ajustarse a los cambios que puedan ocurrir tanto en el área educativa como en el área de la salud, en respuesta a los preceptos del TLC y a las decisiones de alto nivel.

Los tres países tienen claras diferencias en relación con la educación médica, que abarcan su orientación, su tecnología, sus métodos, su financiamiento, sus demandas sociales, sus contextos culturales y sus exigencias académicas. El término "asimetría", que se ha venido utilizando para señalar los resultados de una comparación entre los tres países parece suficientemente representativo para describir las contrastaciones de la educación médica entre México, Estados Unidos y Canadá. No resultaría muy válida la predicción que surgiera a partir de mestizar las características de las tres partes, además de que existe la aspiración indiscutible y legítima de preservar los valores distintivos de cada nación.

En vista de que el texto del TLC prácticamente no hace alusiones a la educación médica⁽¹⁾, de que sus referencias indirectas se prestan a versiones cuestionables o no permiten más que alguna interpretación especulativa, este escrito partirá de la idea, compartida por muchos, de que el TLC no hace más que formalizar algunas tendencias que se vienen manifestando desde hace tiempo y que muchas de sus posibles consecuencias lo serán más bien de la apertura comercial y de otros cambios paralelos, más que de la simple rúbrica del tratado. No puede perderse de vista el trasfondo del momento histórico en que vivimos en los finales del siglo XX, época caracterizada no sólo por los bloques comerciales sino por el desarrollo tecnológico acelerado⁽²⁾ y por la gran cantidad de descubrimientos que nos acercan, como nunca, a la solución de los problemas fundamentales de la ciencia⁽³⁾.

Influencias Recíprocas.

La medicina estadounidense y en menor medida la canadiense, han impuesto modelos en todo el mundo. La preponderancia de la medicina estadounidense ha obedecido, según Jinich⁽⁴⁾, a tres razones: la abundancia de recursos económicos, en un periodo histórico en que las naciones europeas sufrieron la devastación de la Guerra Mundial; la apertura de sus fronteras a los mejores cerebros y la aplicación de la metodología científica. Esta apertura y este esplendor propiciaron que, en su momento, muchos médicos mexicanos optaran por realizar sus estudios de especialización en los Estados Unidos⁽⁵⁾. Hubo un momento, en la historia reciente de nuestro país, en el que sólo los médicos especializados en Estados Unidos tenían acceso a los campos académicos, de manera que los docentes de las escuelas de medicina eran, en su gran mayoría, médicos especialistas formados en el modelo de la medicina estadounidense. Independientemente de las característi-

cas de los planes de estudios, esta circunstancia tuvo una influencia decisiva en la formación de generaciones de médicos y de otras modalidades de personal de salud. A raíz de la aparición de limitaciones para que los médicos mexicanos realizaran sus cursos de especialización en los Estados Unidos y, sobre todo, al fortalecerse el sistema de especializaciones en nuestro país, los nuevos docentes ya no se habrían especializado en el extranjero; sin embargo, todos ellos eran alumnos de quienes sí lo habían hecho y mantenían muchas características de sus maestros. Este modelo, vigente hasta la fecha a pesar de muchos intentos por debilitarlo, ha tenido muchas virtudes pero también muchos inconvenientes para las condiciones de la sociedad mexicana. Entre las virtudes vale la pena citar el enfoque científico de los problemas médicos, el desarrollo de la investigación médica en México, la creación de organismos para vigilar la calidad del ejercicio de la medicina, la aplicación más o menos temprana de los avances de los conocimientos sobre las causas y mecanismos de las enfermedades y sobre su terapéutica, la costumbre de publicar (o difundir de alguna otra manera) las experiencias propias, la de consultar sistemáticamente la literatura en busca de avances en la solución de los problemas cotidianos de la práctica y varios más. Los inconvenientes incluyen un enfoque predominantemente biologicista, dirigido a la reparación del daño más que a su prevención, el abuso de los recursos tecnológicos costosos, el afán desmedido por incrementar el currículum personal, la creciente decadencia de la clínica tradicional, el deterioro de la relación médico paciente, la desmesurada consideración a la precisión diagnóstica, la terapéutica médica basada casi exclusivamente en los productos de la industria farmacéutica y una cultura de enfermedad en la que el daño a la salud se convierte en un buen motivo de transacción económica. Hay que aclarar que no se trata de atribuir a otros las culpas propias, pero también hay que admitir que muchos de estos inconvenientes caracterizan a la atención a la salud en los Estados Unidos de Norteamérica⁽⁴⁾.

La educación médica en México ha estado, pues, matizada por este enfoque estadounidense, el que se refuerza por el hecho de que la información periódica que leen los médicos mexicanos tiene su origen, directo o indirecto, en los Estados Unidos de Norteamérica. Los libros de texto clásicos para las diferentes asignaturas en las escuelas de medicina son, casi invariablemente, de origen estadounidense y cualquier recomendación acerca de los libros mexicanos suele ser vista con recelo, independientemente de que en muy pocas asignaturas hay textos de calidad originados en México.

La migración de estudiantes estadounidenses a México ha ocurrido en una proporción ciertamente pequeña pero no despreciable. Las razones de esta migración se relacionan con las limitaciones que se tienen en aquel país para acceder a la educación superior, particularmente los requisitos académicos y los costos. La influencia de la medicina mexicana en esos estudiantes

estadounidenses se puede considerar exigua, pues las escuelas mexicanas a las que suelen asistir más estudiantes estadounidenses son las que más se acercan al modelo de su propio país. Por otro lado, la imagen que se tiene en Estados Unidos sobre los estudiantes mexicanos y la que se tiene en México sobre los estadounidenses⁽⁶⁾ exige un proyecto educativo en los niveles previos a la educación superior que favorezca el intercambio y la colaboración. Si estas dos imágenes tienen deformidades, propiciadas por los medios de comunicación, más grave aún es la situación entre Canadá y México en donde lo que predomina es un desconocimiento total del uno con respecto al otro.

¿Un profesional competitivo internacionalmente o mano de obra profesional barata?

La disyuntiva que plantea el enunciado anterior caracteriza un dilema que habrá de debatirse en la educación médica en México. Aunque el propio titular del Ejecutivo en México ha afirmado que la mano de obra barata no es el argumento con el que enfrentamos el Tratado, los puntos de vista más críticos consideran que los salarios bajos de México son el único atractivo para los capitales de los países situados al norte de México⁽⁷⁾.

La competitividad profesional internacional es hoy en día una exigencia ineludible en el terreno de la investigación médica. El acceso a las fuentes de financiamiento de la investigación sólo se logra cuando se alcanzan los estándares de calidad que tienen los investigadores de talla internacional.

Aunque los dos puntos del dilema no son necesariamente antagónicos, pues teóricamente se podría aspirar a competir internacionalmente sin que ello obligue necesariamente a incrementar el nivel de vida profesional, lo cierto es que la calidad suele ir aparejada con la percepción económica. Pero en la planeación de la educación superior en México es indispensable partir de un perfil profesional que se relaciona con las necesidades sociales y que tiene, necesariamente, que ver con el papel del egresado en la sociedad a la que se incorpora. Más aún, no puede dejarse de lado la estimación del costo que representa la educación de un profesional competitivo internacionalmente. Independientemente de que, en su momento, las relaciones comerciales entre México, Canadá y Estados Unidos permitan el intercambio más o menos libre de personal para la atención de la salud, la aspiración de México no puede limitarse a ofrecer un costo menor por servicios profesionales. Es bien sabido que la atención médica en las ciudades cercanas a la frontera norte de México resulta atractiva para los ciudadanos estadounidenses, entre otras cosas, porque representa un menor costo por honorarios profesionales.

La educación médica debe responder a las políticas nacionales en relación con sus sistemas de atención a la salud. En la medida en que estas políticas se vuelvan explícitas y sufran cambios en adaptación a los nuevos tiempos, la educación médica tendrá que sufrir las adecuaciones pertinentes. El dilema que se plantea en el enunciado que subtitula estos párrafos tendrá que resolverse en función de las políticas que se dicten. Por ahora sólo basta mencionar que el personal para la atención de la salud de México no admite que su única ventaja es que no aspira a mejores percepciones económicas por su trabajo y está consciente de lo que puede aportar en un intercambio, reconoce los adelantos de la medicina estadounidense y de la canadiense pero también está consciente de sus inconvenientes. Los escenarios que la Academia Nacional de Medicina plantea como riesgos y alternativas⁽⁸⁾ permiten una especulación sobre la participación de la Educación Médica.

Las aportaciones de la Educación Médica en México.

En una contrastación entre las mejores cualidades del médico mexicano con las del médico estadounidense y canadiense, tiene que concederse cierta ventaja al clínico mexicano. En los movimientos transfronterizos de pacientes entre Estados Unidos y México⁽⁸⁾ es de esperarse que no sean sólo los costos de honorarios médicos lo que propicia que los pacientes estadounidenses utilicen los servicios de salud de México, sino las posibilidades de una relación médico-paciente más personalizada, de obtener provecho de los métodos propedéuticos tradicionales y de evitar el uso excesivo de recursos tecnológicos al no haber la presión por la amenaza de demandas. La falta de acceso a los artefactos tiene que perfeccionar una tecnología que se base en su carencia, de modo que la atención médica no se paralice por la falta de un recurso tecnológico. El mismo costo de la tecnología compleja, en un país de recursos muy limitados, obliga a utilizarla muy racionalmente, sin dispendios y a aprovechar mejor las habilidades psicomotoras del médico.

Por otro lado, el "complejo médico-industrial" que ha hecho un negocio de la enfermedad, concede menos importancia a la preservación de la salud pues limita el ingreso de los pacientes a dicho complejo. En cambio, cuando la salud es una responsabilidad institucional, la tendencia en las estrategias educativas dirigidas hacia el público va más hacia evitar los daños que a conseguir su atención. Es en los dos sentidos anteriores que la educación del médico mexicano puede aportar elementos que concurren favorablemente en una competencia internacional: una visión más humanizada de los pacientes, que no son sólo consumidores sino personas con necesidades; una conciencia de la necesidad de comunicarse, efectiva y afectivamente, con los pacientes; un abordaje sustentado en las habilidades del clínico más que en la

disposición de artefactos; un pensamiento que no haga de lado los costos de la atención médica; una preocupación por los problemas sociales del país; una visión que concede preponderancia suprema a la conservación de la salud.

El financiamiento de la educación médica.

Entre las tendencias que parecen formalizarse con la firma del tratado es una redistribución de las empresas entre los sectores oficial y privado⁽⁹⁾. Antes de 1970 sólo existían tres escuelas de Medicina de tipo privado en México, mientras que para 1990 ya había al menos 15⁽¹⁰⁾. Un incremento de proporciones similares ha ocurrido en las escuelas de enfermería. El TLC prescribe sobre la prestación fronteriza de servicios educativos⁽¹⁾ de modo que, si la tendencia persiste, la educación médica en México será cada vez más proporcionada por la iniciativa privada, de acuerdo con modelos y mediante personal internacional. Esta tendencia parece confirmarse al considerar la crisis financiera de las universidades públicas y apoyarse mediante la divulgación de las supuestas ventajas de los egresados de las universidades privadas.

La definición de políticas por parte del sector oficial será la que dicte el rumbo que siga de la educación médica; en la medida en que se apoye financieramente a la universidad pública o que se creen los sistemas que permitan recuperar una parte de los costos, las tendencias avanzarán o se frenarán. Lo que no puede eludirse es la obligación de responder a las necesidades de la sociedad, que tendrían que ser visualizadas con toda claridad para actuar en consecuencia.

Otras tendencias.

La evolución de la sociedad mexicana permite apreciar algunas otras propensiones a incorporar estilos de vida de los países del norte las que, se piensa, pueden acentuarse con la firma del TLC. El enfoque empresarial de la educación y de la salud, que ha invadido a México desde hace algunos años, hace énfasis en la eficiencia y la calidad y la electrónica substituyendo a medios más tradicionales de información son dos buenos ejemplos de estas tendencias. Al pensarse en la educación médica como una empresa rentable, tienen que cuidarse todos los aspectos de una industria productora de egresados según el troquel previsto; la selección de aspirantes puede obedecer a circunstancias no necesariamente académicas sino socioeconómicas que garanticen la inversión; la producción genera los insumos ("recursos humanos") que la maquinaria social exige, al margen de los aspectos subjetivos que significan a los seres humanos.

La expectativa del TLC plantea también la perspectiva de que la atención a la salud misma se constituya en una empresa puramente comercial en la que prevalezcan los criterios empresariales⁽¹¹⁾. En la medida en que esto impregne a la sociedad mexicana la educación médica podría adoptar una posición que lo favoreciera o que lo contradijera. En cualquiera de los casos significa un riesgo, ya sea de orientar la formación y capacitación de personal en el sentido mercantil o de entrar en oposición con los comportamientos profesionales habituales. El rescate de los valores fundamentales de las profesiones de la salud, por encima de los intereses del momento, parece la alternativa que preserve las mejores tradiciones, las que han dado permanencia a las profesiones de servicio.

Consideraciones finales.

El TLC representa no sólo una oportunidad de intercambio comercial sino de incrementar las relaciones de los tres países en distintos ámbitos. Saber aprovechar la oportunidad equivale a incorporar a nuestra cultura cuanto de benéfico ofrezcan las naciones del norte, preservando nuestra identidad y rechazando todo lo que resulte inconveniente. El TLC obligará a los tres países a revisar sus respectivos sistemas de educación superior⁽¹²⁾, ya que el intercambio de maestros, estudiantes y servicios profesionales tendrá a aumentar.

Los cambios que experimenten el mercado de trabajo, la infraestructura de salud, los estándares de calidad del ejercicio, los mecanismos de regulación, el acceso a la tecnología costosa, las demandas de la sociedad, las necesidades de atención a la salud por parte de los mexicanos y los posibles proyectos binacionales o trinacionales modularán las características que la educación médica en México tendrá en el futuro.

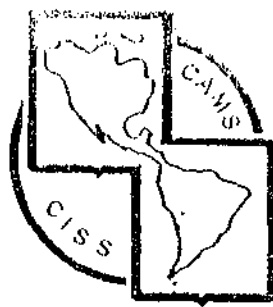
El futuro de la educación médica en México está indisolublemente ligado a los cambios que ocurran en la investigación médica. El TLC representa la oportunidad de una mejor comunicación entre los científicos de los tres países, de mayor financiamiento para la investigación mexicana, de desarrollar proyectos de investigación multinacionales, de aprovechar las ventajas que las desiguales regulaciones y las diferencias epidemiológicas proporcionan, de utilizar la infraestructura de los países más desarrollados en favor del menos desarrollado; tiene los riesgos de incrementar la fuga de cerebros y de incrementar el papel que algunos investigadores mexicanos ya han aceptado como maquiladores de la ciencia estadounidense. En todo caso, las complejidades de las interrelaciones entre la ciencia y la tecnología de los tres países tiene que tomarse en cuenta para definir políticas nacionales⁽¹³⁾.

El momento es propicio para una reconsideración de la educación médica en México, a modo de meditar sobre las políticas nacionales de educación y de salud, las características sociológicas del campo de la educación médica, las perspectivas del campo laboral de los egresados, el currículo y los planes y programas educativos, las características de educandos y educadores, los métodos didácticos y la responsabilidad social de los egresados⁽¹⁴⁾. Enfrentamos un momento de cambio que obliga a vivirlo y no sólo a observarlos y en el que formalizamos una relación con naciones poderosas. En la aspiración de reducir las asimetrías la educación resulta un camino preponderante.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Tomos I y II. México. 1993. pág. 11.
2. Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Editorial Gediso, Barcelona. 1988. 158 pp.
3. Antaki I. Segundo Renacimiento. Pensamiento y Fin de Siglo. Joaquín Mortiz. Ed. México. 1992. 149 pp.
4. Jinich H. Triunfos y Fracasos de la Medicina en los Estados Unidos de América. Gac. Méd. Méx. 1990; 126: 72-6.
5. Soberón G. Kumate J. Introducción. En: Soberón G., Kumate J., Laguna J. La Salud en México. Testimonios. IV Especialidades Médicas en México. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. México. 1988. pp. 18-31.
6. Ganster P. Miranda-Pacheco M. Imágenes recíprocas. La educación en las relaciones México-Estados Unidos de América. UAM. México. 1991.
7. "El Fisgón". ¡Me lleva el TLC! El tratado retratado. Grijalbo. México. 1993. 181 pp.
8. Grupo de Trabajo sobre el Tratado de Libre Comercio y la Medicina. El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos. Elementos para el Análisis y la Negociación. Academia Nacional de Medicina. México. 1992.
9. García-Canclini N. Prehistoria económica y cultural del Tratado de Libre Comercio. En: Guevara-Niebla G., García Canclini N. La educación y la cultura ante el Tratado de Libre Comercio. Editorial Nueva Imagen. México. 1992. pp. 3-14.
10. Narro-Robles J., Cevallos de Kramis J. Los desafíos de la Educación Médica en México. UNAM. México. 1990. pág. 69.
11. Biagie F. Repercusiones del Tratado Trilateral de Libre Comercio en los Servicios Médicos. Medicina Interna de México. 1993; 9: 26-8.
12. Almeida E. Carrera contra el tiempo en la formación de recursos humanos. El TLC obligará a revisar sistemas. Excelsior. 28 de Junio de 1993. pág. 3-A. (Nota de Germán Contreras Vázquez).

13. Boldú JL. De la Fuente JR. Science policy in developing countries: the case of Mexico. Fondo de Cultura Económica. México. 1993.
14. Ewan C. Contexto Social de la Educación Médica. En: Cox KR, Ewan CE. La Docencia en Medicina. Editorial DOYMA. Barcelona, España. 1990. pág. 10-6.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**LA INVESTIGACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL
TRATADO DE LIBRE COMERCIO**

**DR. ONOFRE MUÑOZ HERNANDEZ
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS
DE INVESTIGACION MEDICA DEL IMSS**

5 DE AGOSTO DE 1993.

LA INVESTIGACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

INTRODUCCION.

En las negociaciones del Tratado de Libre Comercio, la salud se ha convertido paulatinamente en un tema relevante en la medida en que se le ha reconocido como un elemento fundamental del desarrollo de la nación.

El Tratado de Libre Comercio repercutirá en el futuro escenario de la salud en México, determinando cambios en las condiciones y estilos de vida de diferentes grupos de la población y consecuentemente, su estudio adquirirá importancia en lo que a las diferentes áreas de la investigación se refiere. Por otro lado, probablemente ocurrirán procesos de cambio en la actitud del sector productivo y por tanto nuevas perspectivas para la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud, ámbitos en los cuales la necesidad de obtener y generar información permitirá el desarrollo de la investigación, preferentemente en el área de los sistemas de salud.

En términos generales la investigación se verá estimulada debido a que la satisfacción de necesidades comunes a los tres países, determina una variedad de posibles estrategias que permitirán el desarrollo de proyectos de investigación y programas de excelencia en la formación de investigadores, los cuales contribuirán significativamente al fortalecimiento y consolidación de la investigación en salud. Sin embargo, es evidente que para ciertas áreas de la investigación, se expondrán a riesgos que es necesario identificar a fin de poder contrarrestarlos oportunamente.

Este documento describe las áreas de influencia del TLC en salud; explica cómo algunas de estas áreas se convertirán en oportunidades para el desarrollo de los distintos campos de la investigación en salud; menciona cuáles son las perspectivas de la investigación biomédica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud y establece algunas recomendaciones dirigidas a estimular y fortalecer la investigación en salud, según las perspectivas que determina el Tratado de Libre Comercio.

LA INFLUENCIA DEL TLC EN SALUD.

A la serie de profundas transformaciones que vive México, el TLC sin duda suma sus efectos sobre dos que tienen relevancia para la salud de la población mexicana: la epidemiología y la de la atención a la salud.

En la primera se incluyen los cambios demográficos, caracterizados por el paulatino envejecimiento de la población; los cambios en los factores de riesgo relacionados con variables económicas, políticas, sociales, ecológicas y culturales que determinan las condiciones y estilos de vida de la población y los cambios en los procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades⁽¹⁾.

El TLC parece intervenir de manera clara sobre todos estos cambios. La aceleración de la transferencia de riesgos de consumo, laborales, ambientales y poblacionales, que propiciará el Acuerdo, hará más evidente la polarización de las condiciones y estilos de vida y retrasará la solución de algunos problemas de salud que afectan a la población mexicana⁽²⁾. En otras palabras, en las regiones del país que se verán más favorecidas por el crecimiento económico, aumentarán los riesgos que derivan tanto de los procesos de industrialización y urbanización, como del aumento en la dinámica de los contactos entre patologías de poblaciones y grupos sociales distintos. Por el contrario, en aquellas regiones que permanecerán en el rezago o disminuirán sus tendencias de crecimiento, persistirán las enfermedades infecciosas y las relacionadas con la desnutrición^(2,3).

Para el fenómeno de transición de la atención a la salud, en el trabajo publicado por la Academia Nacional de Medicina titulado "EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO Y LOS SERVICIOS MEDICOS: ELEMENTOS PARA EL ANALISIS Y LA NEGOCIACION"⁽⁴⁾ se analizan las áreas que se verán afectadas de manera directa por el TLC. El cambio en los procesos productivos exigirá una respuesta oportuna y eficiente de intervención estatal, a través de la regulación sanitaria de dichos procesos, a fin de hacer frente a los cambios en los factores de riesgo mencionados anteriormente.

Por otro lado, las actuales características del llamado "Complejo Médico Industrial" en México se verán sin duda afectadas en cuanto a la producción de insumos para la atención a la salud, principalmente en lo que se refiere a medicamentos y equipo médico. Estos efectos probablemente modificarán los patrones de consumo y utilización de los mismos⁽⁵⁾.

Además, la formación y la utilización del personal para la atención de la salud y la regulación, el financiamiento y la prestación de los servicios de salud se verán afectadas por diversos aspectos que son producto de la intensificación del intercambio de servicios personales de salud. Estos aspectos o modalidades se refieren a la exportación de servicios, a los movimientos del demandante, a los movimientos del prestador de servicios, al establecimiento de unidades de atención médica en otro país y a la vinculación en proyectos conjuntos internacionales⁽⁴⁾.

De esta manera, en las regiones favorecidas por el desarrollo industrial, es muy probable que la concentración demográfica y de servicios incremente el acceso a los servicios de salud y aumente la demanda de los mismos, sobretodo los de Seguridad Social; mientras que para los habitantes de las regiones menos favorecidas ocurrirá lo contrario, siendo escasas sus posibilidades de mejorar el acceso a servicios de salud. Bajo este panorama, las estructuras organizacionales de atención a la salud se verán exigidas a modificar sus estrategias de financiamiento y prestación de servicios, a fin de alcanzar mayores grados de eficiencia, cobertura, calidad y equidad de sus acciones y programas.

PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACION EN SALUD.

En cada uno de los aspectos en los que el TLC influirá en la salud, es posible identificar una serie de riesgos y oportunidades para el desarrollo de la investigación en general y para cada una de sus áreas en los particular.

Los efectos del Acuerdo sobre la investigación en salud pueden ser vistos desde dos dimensiones. La primera es en el sentido del qué investigar; es decir, cuáles serán las áreas del conocimiento que se verán estimuladas por la influencia del TLC, cómo las modificaciones en las condiciones y estilos de vida de los distintos grupos poblacionales del país se transformarán en espacios para las distintas disciplinas de la investigación biomédica, clínica y epidemiológica. En este mismo sentido, las presiones a las que serán sometidas las instituciones de salud y el propio sector, generarán oportunidades para la investigación en sistemas de salud.

Para convertir estos espacios en acciones concretas de desarrollo de la investigación en beneficio de la nación, no basta con reconocer, por parte de la sociedad en lo general y la comunidad científica en lo particular, la necesidad de identificar las preguntas a investigar, sobre estos fenómenos. El TLC también afectará, en una dimensión diferente a la anterior, el cómo hacer investigación; es decir cómo pueden verse afectados los distintos elementos y agentes que participan en las actividades de investigación. Es así como la estructura financiera y la de personal para la realización de la investigación, son aspectos que también deberán ser abordados, para establecer recomendaciones más concretas.

A continuación intentaremos exponer los elementos de estas dos dimensiones: cómo el Acuerdo influirá sobre las preguntas a investigar y la influencia que tendrá sobre la forma de realizar investigación y que a nuestro juicio configuran el panorama futuro de la investigación biomédica, clínica, epidemiológica y en sistemas de salud.

Investigación Biomédica.

Es probable que la investigación biomédica sea una de las más favorecidas en las dimensiones señaladas. Los cambios en el perfil epidemiológico a través de la modificación de los factores de riesgo, establecerán transformaciones en la incidencia y prevalencia de diversos procesos patológicos y en este sentido, el conocimiento de los determinantes biológicos de estos procesos, principal objeto de estudio de la investigación biomédica, serán un campo fértil para esta área de las ciencias médicas.

De manera muy específica y como ejemplo de lo anterior, la salud ambiental es una preocupación legítima de las tres naciones involucradas en el Acuerdo y también es evidente de conocer con mayor profundidad cómo los diversos contaminantes afectan los distintos procesos fisiológicos y bioquímicos en las distintas etapas de crecimiento y desarrollo de organismo humano.

Otro ejemplo está referido a la investigación farmacológica. La Industria Farmacéutica Mexicana ha reconocido que un factor de desventaja competitiva es la históricamente pobre asignación de recursos destinados al desarrollo y la investigación sobre nuevos productos⁽⁵⁾, en especial los de origen natural, en el que México y el IMSS tienen mucho que aportar. De instrumentarse acciones para contrarrestar estos riesgos, la investigación en este campo se verá muy estimulada. Un fenómeno semejante sucede en lo que se refiere a las compañías dedicadas al Desarrollo Tecnológico, pero existen en menor escala y, por consecuencia, sus riesgos son mayores y pueden llevar a su desaparición.

El desarrollo de convenios en los que se involucren las instituciones de educación superior y los centros de investigación determinarán los aspectos fundamentales en que la investigación biomédica se verá estimulada. Este tipo de convenios incrementará los recursos financieros, sobre todo en aquellas áreas prioritarias en que los tres países estén interesados y se generarán ventajas para el desarrollo de proyectos conjuntos, a través del uso eficiente tanto del personal para la investigación como de los recursos físicos, de equipamiento y de insumos para la misma. No menos importante serán los beneficios que estos convenios provean al desarrollo de programas para la formación de personal para la investigación, a través del intercambio de alumnos y personal docente.

Para este campo de la investigación sería más costoso el no aprovechar las oportunidades que se le presentan, que lo que en realidad significan los riesgos que el propio Acuerdo pueda presentar. El no hacerlo, significaría perder la oportunidad de jugar un papel determinante en esta coparticipación y convertirse en un elemento que serviría para acrecentar intereses ajenos al desarrollo de la nación.

Investigación Clínica.

Esta área de la investigación enfrentará similares oportunidades en relación con los cambios en el perfil epidemiológico y el desarrollo de diversas áreas del conocimiento. En este sentido la transferencia de factores de riesgo y el aumento de los contactos entre poblaciones distintas, establecerá cambios en la prevalencia y la incidencia de las enfermedades. Las consecuencias de lo anterior serán, por una parte, mayores requerimientos de información sobre el comportamiento clínico de estos procesos nosológicos, lo que significa un claro estímulo a la investigación. Por otro lado, estos cambios de perfil epidemiológico, conllevan cambios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de los mismos. Habrá estímulos por parte de la industria farmacéutica y las compañías fabricantes de equipo médico, por probar los beneficios de sus productos en relación con el mejor control de una serie de padecimientos, en especial los crónico-degenerativos. Si bien es cierto que estas industrias, sobre todo la farmacéutica, son una importante fuente de recursos financieros para la investigación, será necesario impedir que estos estímulos sean únicamente para favorecer la participación marginal de nuestros investigadores. V.Gr.: estimular la investigación farmacológica y tecnológica en sus etapas iniciales y no solamente en las etapas terminales.

Lo señalado anteriormente puede acelerar el proceso de legitimación social de la investigación clínica, como ocurre en los otros países, en los que los resultados de la investigación clínica tienen un mayor peso como elemento racionalizador de las políticas de salud y en el ejercicio de la práctica médica.

Se ha reconocido también que cambiarán los patrones de utilización de los servicios de atención médica, a través de una serie de factores. Uno de estos, que puede influir negativamente en la investigación clínica, será la movilidad de los prestadores de servicios. En México, los clínicos bien preparados tendrán mayores oportunidades de ejercer su práctica en sitios mejor remunerados y con mayores recursos para ejercerla adecuadamente. Desafortunadamente estos clínicos son los más interesados en la investigación y si consideramos que en los últimos años los estímulos nacionales a la investigación no han favorecido este campo de la ciencia médica, la probabilidad de enfrentar una importante fuga de cerebros es muy alta, con el consecuente detrimento, cuando menos, de la calidad de la investigación clínica en México.

El establecimiento de convenios internacionales en los que también se vean involucradas las instituciones prestadoras de servicios puede ser una medida adecuada para contrarrestar estos efectos, pero a éstos deben agregarse mayores y mejores condiciones estructurales de los grupos dedicados a esta área de la investigación.

Investigación Epidemiológica.

El potencial desarrollo de las áreas del conocimiento relacionadas con aspectos epidemiológicos de la población es mucho más amplio que para los casos anteriores. Los cambios en las tendencias de morbilidad y mortalidad, los procesos migratorios, nuevamente la transferencia de riesgos especialmente los relacionados con lesiones y accidentes, salud ambiental y salud en el trabajo y el desarrollo de programas de promoción de la salud, requerirán de un abordaje que sólo este campo puede proveer.

La mayor parte de sus aportaciones se centrará en aquellas zonas que se convertirán en polos de desarrollo, por lo que seguramente tendrán relevancia los estudios que se realicen en ciudades fronterizas. El establecimiento de convenios para el desarrollo de proyectos conjuntos será, sin duda, una de las acciones fundamentales para fomentar y fortalecer la investigación epidemiológica.

Dos son los inconvenientes que habrá que superar para concretar en oportunidades tales perspectivas. Por un lado, la falta de información (de la necesaria para desarrollar de manera óptima la investigación de los fenómenos poblacionales mencionados anteriormente), los grados variables de confiabilidad de la ya existente y la falta de compatibilidad de los sistemas de información de los tres países, podrían limitar de manera muy importante el desarrollo de los convenios.

Si bien es cierto que en diferentes instituciones educativas y centros de investigación ya existen desde hace varios años programas para la formación de profesionales relacionados con estos temas, las perspectivas en el mediano plazo exigirán una mayor cantidad de personal formado en estas áreas, a fin de poder solventar con oportunidad y calidad, los requerimientos de información necesarios para fundamentar una adecuada respuesta social organizada a los problemas de nuestra población.

Corresponde a las instituciones de educación superior, a los centros de investigación y a las instituciones prestadoras de servicios, establecer conjuntamente y con oportunidad las estrategias que permitan el máximo aprovechamiento de las oportunidades que se presentarán para el desarrollo de la investigación epidemiológica, en beneficio de la salud de los mexicanos.

Investigación en Sistemas de Salud.

Al igual que la investigación epidemiológica, se verá muy favorecida en cuanto al desarrollo de las áreas del conocimiento que constituyen la investigación en sistemas de salud.

El área de mayor potencial es, sin duda, la economía de la salud, pues la cantidad de reformas económicas que han ocurrido durante los últimos 5 años, hacen preveer que muy pronto el sector salud será exigido en cuanto a la renovación de sus estructuras financieras y en la optimización de la asignación y uso de sus recursos⁽⁶⁾. En este sentido, cobran relevancia aquellas investigaciones que permitan canalizar los recursos financieros hacia acciones que, además de ser efectivas, se lleven a cabo sobre problemas de salud prioritarios para los distintos grupos de población.

El incrementar la calidad de los servicios de salud es cada vez más una cuestión que interesa a la sociedad en lo general y a los usuarios y prestadores de servicio en lo particular. Importantes serán los retos de ajuste de normas técnicas para la operación de los servicios de salud, la certificación de profesionales y la evaluación de nueva tecnología⁽⁴⁾. El desarrollo de programas de Garantía de Calidad, que requiere de la investigación en este campo, conlleva beneficios en los aspectos técnicos de la prestación de los servicios, en la satisfacción de los usuarios y prestadores y en la disminución de los costos de la atención. Un aspecto importante se refiere a las posibilidades de incrementar las opciones para los usuarios mexicanos en la utilización de los servicios de salud según sus propias preferencias. La investigación sobre modelos alternativos de prestación de servicios será una herramienta vital para la toma de decisiones al respecto de estas cuestiones.

Por último, se transformará en un aspecto relevante la investigación sobre la oferta y demanda de personal para la atención a la salud. El enfoque multidisciplinario que requiere la investigación de estos temas, permitirá además, avances significativos en la consolidación de esta área de la investigación en salud.

Los riesgos que se presentan para esta investigación son similares a los expuestos en relación a las perspectivas de la investigación epidemiológica. Sin embargo, la escasez de personal capacitado en esta área es aún más alarmante. De la misma manera, son pocas las instituciones que poseen información suficientemente válida y confiable, lo cual limita la oportunidad de avanzar en el conocimiento de los problemas que en términos globales, tiene el Sistema Nacional de Salud, tanto en sus aspectos financieros, como de la operación de los servicios.

CONCLUSION.

Las amplias oportunidades de la investigación en el área de la salud requieren de una atención inmediata en la identificación tanto de los campos de desarrollo de la investigación como de los

agentes necesarios para el desarrollo de proyectos y programas para la formación de personal. La responsabilidad no es sólo de las instituciones que participan de estos procesos; es necesario involucrar en este compromiso a otros grupos sociales, pues el costo de no aprovechar estas oportunidades será sin duda mayor del que se requiere para poner a la investigación en salud en condiciones favorables, para que reditúe en los beneficios que la propia sociedad demanda en cuanto a su bienestar.

Un efecto secundario benéfico de esta relación deberá ser la gradual integración de la investigación a las actividades relacionadas con el desarrollo económico y político, como ocurre en los E.U.A. y Canadá, en donde la ciencia tiene un papel protagónico.

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD.

Estas recomendaciones están dirigidas hacia la formulación de políticas que refuercen los aspectos positivos de la investigación en México, pero sobre todo, que se utilicen las oportunidades y disminuyan los efectos indeseables de la Apertura Comercial con E.U.A. y Canadá.

1. Existen asimetrías en la estructura financiera para la investigación en los 3 países. Es necesario que se comprenda que la investigación, en cualquiera de sus expresiones, es una inversión en pro del bienestar social y por tanto, es necesario incrementar el financiamiento de estas actividades, a través de la diversificación de las agencias financiadoras.
2. En razón de las prioridades de salud de la población, es necesario establecer prioridades de investigación nacional y regional que sean financiados principalmente por fondos federales. Asimismo se requiere de instrumentar estrategias para obtener fondos en los que concurren organismos públicos y privados, cuya finalidad sea la de ampliar y fortalecer los aspectos estructurales de la investigación en salud.
3. Mejorar los sistemas de incentivos, especialmente los laborales, a la investigación con el fin de mejorar la competitividad, evitar la fuga de cerebros y fomentar la calidad de la investigación.
4. Generar nuevos y fortalecer los programas existentes relacionados con la capacitación y la formación de personal de salud para la investigación, en las que participen las instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, facilitando el desarrollo de proyectos de investigación conjunta y el intercambio de investigadores.

5. Reestructurar y reorientar los sistemas de información nacionales, regionales e institucionales para favorecer su explotación, fomentando así la investigación en las diferentes áreas, de tal forma que sus resultados permitan un mejor conocimiento de las condiciones de salud de la población y promuevan una mayor efectividad y equidad en la respuesta que la sociedad proponga a dichas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Frenk, J. Bobadilla, J. Los futuros de la salud. Nexos 157, 59-68, enero 1991.
2. Hernández, P. Tratado de Libre Comercio y Salud Ambiental en México. Salud Pública de México, Vol.:35(2), 119-131, marzo-abril 1993.
3. Subdirección General Médica. El IMSS ante el Tratado de Libre Comercio y el TLC. IMSS, marzo de 1992.
4. Academia Nacional de Medicina. El Tratado de Libre Comercio y los Servicios de Salud: Elementos para el análisis y la Negociación. México, 1992.
5. Soberón, G. Martuscelli, J. Quintero R. Nuevas Perspectivas en los Sectores Salud y Químico-farmacéutica a la Luz del TLC. 1992.
6. Cruz, R. Zurita, B. Redorta, E. Querol, J. El Sector privado en la prestación y en el financiamiento del sistema de salud mexicano. Fundación Mexicana para la Salud. Trabajo presentado en el seminario "Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una perspectiva Internacional", México, D.F., marzo 10, 11 y 12 de 1993.

LA MODERNIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

En primer término, quiero manifestar mi agradecimiento al doctor Norberto Treviño García Manzo, Presidente de la Comisión Americana Médico Social de la C.I.S.S., por su atenta invitación para participar en esta Reunión Subregional, que analiza las expectativas de las Instituciones de Seguridad Social ante los cambios del acontecer mundial y en la que intervienen connotados especialistas de organismos internacionales y dependencias mexicanas vinculados con la salud y la seguridad social.

En cuanto a mis reflexiones, aclaro que esta presentación no pretende ser mas allá, que una breve exposición de ideas sobre las necesidades de modernización que nuestros países están demandando para adecuarse a las corrientes globalizadoras que imperan en el mundo, hemos sido testigos de cambios profundos en las estructuras políticas y económicas en diversas regiones que han llegado a modificar incluso ideologías otrora sólidas y extendidas en un número importante de naciones.

Estas transformaciones han propiciado el que los países busquen integrarse en bloques para una mejor defensa de sus intereses en beneficio de sus poblaciones nacionales, de ahí que México ha estado participando activamente en la conformación de un bloque comercial con los Estados Unidos y el Canadá, que no obstante las marcadas asimetrías con estos países, el nuestro ha logrado en las negociaciones celebradas, el reconocimiento de esta condición y por lo tanto se le han concedido ciertas consideraciones en las futuras relaciones que se pondrán en marcha, al aprobarse el Tratado de Libre Comercio en América del Norte.

El que México se encuentre inmerso en este proceso para integrarse a un mercado regional de la magnitud que se estima (360 millones de consumidores), ha sido parte de la estrategia del actual régimen que desde sus inicios en 1989, planteó la reforma del Estado para su propio fortalecimiento, mediante una modernización económica y política.

Este propósito ha sido una respuesta a la necesidad de revertir los efectos que todos padecemos en la llamada década perdida (los años ochenta), además de lograr una mayor participación ante los cambios que se suscitan en el ámbito internacional y por ende en nuestra sociedad.

El proceso de modernización que se desarrolla en México ha tenido repercusiones en todos los aspectos de la vida nacional, particularmente en lo económico, político y social y en general en la forma de hacer las cosas a fin de tener los mejores elementos para superar los desafíos que este proceso enfrenta y estar preparados ante la posibilidad de que el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y el Canadá entre en operación.

En México, se encuentra vigente el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, lineamiento rector del actual gobierno, en el que se establece que la Empresa Pública debe someterse a un profundo proceso de modernización estructural y concentrarse en las áreas estratégicas y prioritarias de la economía, para desempeñarse con eficacia en sus funciones.

De manera colateral al Plan Nacional de Desarrollo y con el objetivo de fortalecer al sector paraestatal estratégico, el Programa Nacional para la Modernización de la Empresa Pública 1990-1994, recomienda el redimensionamiento de su magnitud, estructura y funcionamiento, así como de su entorno normativo y operativo, a fin de promover la mayor autonomía de gestión en las mejores condiciones de rendimiento y el aprovechamiento óptimo de recursos, de acuerdo con los objetivos para los que fueron establecidas.

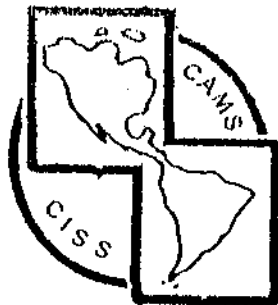
En este marco normativo las Empresas Públicas Mexicanas, han procedido según sus propias características y funciones a definir el carácter prioritario en relación con su misión; cumplir con los objetivos de eficiencia y eficacia; acercar los servicios donde se demandan, simplificando trámites y establecer esquemas de funcionamiento de acuerdo al tamaño y complejidad de sus estructuras organizativas.

En el programa de modernización se marcó la obligatoriedad de cumplir las líneas de acción para lograr los objetivos del plan. Es claro que las vertientes de modernización del programa, apuntan al interés del Gobierno por revisar el marco de acción de la empresa pública.

El Instituto Mexicano del Seguro Social forma parte del sector paraestatal ya que la propia Ley de la materia lo define como un organismo descentralizado con personalidad y patrimonio propios. Luego entonces quedó sujeto al Programa de Modernización de la Empresa Pública promovido por el Gobierno Federal, en el cual ha avanzado interpretándolo e instrumentando acciones para su modernización.

En este proceso el Instituto ha tomado como base la planeación estratégica y la calidad total, mediante procesos de cambio participativo con clara definición de la misión, necesarios para el beneficio de los usuarios internos y externos, en el cumplimiento de dicha misión.

La Ley del Seguro Social vigente, especifica claramente la misión del Instituto, ya que en su artículo segundo señala que "tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**LA MODERNIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO**

**LIC. GERARDO RUIZ ESPARZA
SUBDIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO DEL IMSS**

6 DE AGOSTO DE 1993.

Con esta orientación el Instituto ha llevado a cabo significativas acciones de modernización entre las que cabe mencionar:

- El desarrollo de una política de servicios y procesos a fin de centrar sus tareas en aspectos sustantivos para alcanzar la misión, desechando aquellas que sean onerosas para el Instituto.
- La actualización de los aspectos jurídicos y normativos que sustentan el quehacer institucional.
- La adecuación de la estructura orgánica con los impactos consecuentes en la administración de recursos humanos, que ha dado como resultado la compactación de la estructura, suprimiendo niveles jerárquicos, para reducir los tramos de control y desburocratizar la plantilla de personal, buscando un equilibrio entre las funciones adjetivas y sustantivas.
- La aplicación ampliada de la autonomía de gestión que se ha implantado en las delegaciones, subdelegaciones y unidades operativas para robustecer su capacidad resolutive, delegándoles facultades y recursos.
- La simplificación administrativa para eliminar cuellos de botella en la atención a usuarios en unidades de medicina familiar, en los sistemas de vigencia de derechos, en el pago oportuno de pensiones e incapacidades y en el cobro de cuotas.
- La línea de concertación interna y externa ha sido fortalecida promoviendo estrategias de cooperación, que han llevado al Instituto a capacitar aún más a su personal y a lograr atender con mayor calidad y calidez los requerimientos normales y las insatisfacciones de los usuarios.

En resumen puede afirmarse que el proceso de modernización del Instituto parte de una clara concepción de cambio y ajuste de su organización para adecuarla a las transformaciones del país, que desde luego incluye la eventualidad de la puesta en marcha del Tratado Trilateral de Libre Comercio con los Estados Unidos y Canadá.

Ante esta posibilidad que sin lugar a dudas tendrá profundas implicaciones en todos los órdenes de la vida nacional, el Instituto dada su fuerte presencia en la política social del Estado, deberá hacer frente a los efectos que se esperan de la entrada en vigor del T.L.C., en la esfera de su competencia y aún auxiliando a otras instancias nacionales, como ya lo demostró en la década de los ochenta ante una grave crisis del país y en particular durante los sismos de 1985.

Ahora bien, como es del conocimiento de todos ustedes, el Instituto Mexicano del Seguro Social está cumpliendo 50 años de servicios ininterrumpidos, atendiendo el bienestar de los trabajadores y sus familias, siendo administrado en forma tripartita por el Gobierno Federal, los trabajadores y los empresarios.

Actualmente el Instituto atiende a 38 millones de mexicanos inscritos en el régimen obligatorio y a 11 millones más, bajo el régimen de IMSS-Solidaridad, que comprenden alrededor del 60% de la población total, mismos que son atendidos en todo el país ya que los servicios se encuentran desconcentrados a lo largo y ancho del territorio nacional.

Para la prestación de los servicios, el IMSS cuenta con alrededor de 1,650 unidades médicas en los tres niveles de atención y más de mil farmacias diseminadas en todo el país en el régimen ordinario y más de 3,100 unidades del Programa IMSS-Solidaridad.

Posee una plantilla laboral de 335 mil trabajadores, debidamente capacitados para atender las mas sofisticadas especialidades y en la medida de las posibilidades institucionales se tienen en operación equipos e instrumental médico, modernos.

El propósito de estos comentarios es dejar asentado que el Instituto cuenta con la experiencia y los recursos para el momento en que se consolide el Tratado de Libre Comercio, que el proceso de modernización que lleva a cabo sigue su marcha a fin de mejorar su organización y hacer más eficientes los servicios que presta.

Dada la estrecha vinculación del Instituto con la actividad económica nacional, es de esperarse que la entrada en vigor del Tratado, influya directamente en propiciar niveles crecientes de empleo, con efectos directos en el incremento de los asegurados y en general de los derechohabientes, probablemente a un ritmo mayor en la zona fronteriza norte del país por la probable expansión de la actividad maquiladora, así como el establecimiento de nuevas empresas en los principales polos de desarrollo que cuentan con una adecuada infraestructura industrial, de comunicaciones y de servicios financieros.

Como consecuencia de lo anterior, es de esperar aumentos graduales en la demanda de servicios en general y el surgimiento de nuevos requerimientos de atención, originados por el uso de nuevas tecnologías y de una mayor complejidad de las actividades productivas que pudieran incidir en el seguro de riesgos de trabajo, obligando a realizar por parte del Instituto una revisión amplia de los grados de siniestralidad de las empresas.

Para el Instituto esto significaría la necesidad de modernizar con mayor profundidad su organización a fin de mejorar en mayor medida la eficiencia de los servicios que proporciona. Para esto intensificará sus programas de capacitación en todos los órdenes,

a fin de preparar a más personal tanto médico como no médico, además de seguir incrementando la productividad interna y continuar arraigando una mística de trabajo acorde con los propósitos de lograr que se proporcione la más alta calidad de la seguridad social.

Es presumible que la expansión de la actividad económica, redunde en escasez de recursos humanos calificados y que esto provoque presiones a la alza de los niveles salariales, con efectos generalizados en los contratos colectivos vigentes, particularmente en las cláusulas de salarios y prestaciones, situación que repercutirá en las finanzas del Instituto que se sustentan en las cuotas obrero-patronales provenientes de los salarios base de cotización de los trabajadores.

Es de esperarse que con la vigencia del Tratado se tendrían efectos favorables para los servicios que presta el Instituto al tener acceso a los últimos avances tecnológicos en los equipos que requiere de toda naturaleza, además de lograr una sensible reducción de los costos de adquisición y mantenimiento, en muchos casos, provenientes de los Estados Unidos de América y que son comercializados en nuestro país a través de intermediarios que ostentan la representación de los productos, situación que se estima, eleva los precios hasta en un 90% en promedio, con relación a los precios de venta en el país de origen.

Con la liberalización de flujo de bienes y de algunos servicios y dado el abatimiento de precios esperado, se corre el riesgo de que se introduzcan al país productos y bienes de inversión de mala calidad o de tecnología obsoleta, por lo que el Instituto reforzará los procesos de control de calidad, que le garanticen elegir a los proveedores que ofrezcan las mejores condiciones en cuanto a precio, calidad, garantía, cobertura de servicio y oportunidad, toda vez que en el capítulo de "Compras del Sector Público" del Tratado; México negoció que se reservará el derecho de no licitar internacionalmente un porcentaje de la adquisición de bienes y servicios gubernamentales, a fin de asegurar a industrias nacionales, como la de bienes de capital, farmacéutica y de la construcción, escalas de producción y períodos de transición adecuados.

Se puede colegir reiteradamente, que de los efectos antes expuestos, el Instituto tendrá que realizar las adecuaciones necesarias en su organización y programas de trabajo, para hacer frente a las eventualidades que se presenten, tanto por la presión que se ejercerá en la demanda de servicios que otorga como por los impactos financieros esperados, derivados del crecimiento previsto en los niveles de empleo y de salarios.

Es innegable que el Tratado Trilateral de Libre Comercio de América del Norte ha pasado y seguirá teniendo escollos para su culminación legislativa en los tres países, aunque ya el Parla-

mento Canadiense lo haya aprobado y en México, el Senado esté en vías de ratificarlo, estando pendiente en los Estados Unidos su presentación ante el Congreso.

Cabe destacar que aunque de los tres líderes de los países firmantes del Tratado en diciembre pasado, dos de ellos han dejado de serlo, quedando en funciones sólo el Presidente Salinas de Gortari, los actuales dirigentes de Canadá y los Estados Unidos han continuado con los esfuerzos de aprobación del Poder Legislativo de sus países, convencidos de las bondades del proyecto.

Actualmente casi se ha concluido con los acuerdos paralelos sobre asuntos laborales y ambientales del T.L.C., y se revisará el capítulo de salvaguardas, como requisitos exigidos al Presidente de los Estados Unidos para ser presentado a aprobación del Congreso, resolviendo el requisito planteado por un juez federal de Washington para que esto ocurra y se comience a operar en enero de 1994.

En resumen: se puede afirmar que el Instituto Mexicano del Seguro Social a lo largo de medio siglo, ha cumplido el mandato legal de construir la infraestructura necesaria para atender a los trabajadores mexicanos y sus familias. Las condiciones que el proceso de modernización y el Tratado de Libre Comercio impondrán, nos conducen a la exigencia de una revisión profunda, en todos los órdenes, de nuestros esquemas actuales de producción y a mejorarlos en un mundo que ya se vislumbra dominado por la robótica y la cibernética.

Así, capitalizar a las empresas para lograr su modernización, tanto en maquinaria como en sistemas novedosos de producción, son piezas clave para asegurar su permanencia. Atender a la capacitación laboral y establecer nuevos esquemas de retribución salarial vinculados con la productividad serán requisitos para trabajar adecuadamente.

No obstante, las presiones que se han dejado sentir para homologar la legislación laboral a la de los países firmantes del Tratado, deberá insistirse en la vigencia de los derechos adquiridos y las conquistas laborales de los trabajadores mexicanos. En este contexto, la extensión de un mercado integrado, con libre circulación de trabajadores, requiere de acuerdos internacionales en la materia que normen la protección integral del trabajador migrante.

El reto que enfrentamos nos conduce finalmente a asimilar los cambios y a presentarnos como un país preparado y dispuesto a entrar a una modernización total, para lo cual creemos necesario que la seguridad social haga un replanteamiento de sus objetivos y metas.

Sobre este particular se proponen los siguientes puntos:

1. Preservar un equilibrio financiero que garantice la viabilidad de la seguridad social.
2. Alcanzar la universalidad y la integralidad de los servicios.
3. Consolidar a las instituciones de seguridad social como garantes de los derechos de los trabajadores.
4. Establecer compromisos concretos de todos los sectores participantes para prevenir riesgos de trabajo.
5. Fomentar la capacitación permanente de los trabajadores al servicios de la seguridad social.
6. Garantizar la calidad y calidez de los servicios que se proporcionan.
7. Alcanzar la integración orgánica y programática de la seguridad social.
8. Establecer una seguridad social internacional que permita la protección y la cobertura de los trabajadores migrantes.

Estas son algunas de las consideraciones más generales que pueden implementarse para afirmar la vigencia de la seguridad social.

Señoras y Señores:

Como lo señalé al principio de esta breve charla, éstas han sido sólo unas ideas generales sobre el tema que se me solicitó abordar y que seguramente ya ha sido tratado por algunos de los expositores que me antecedieron, por lo cual les doy las gracias por su atención y paciencia.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

Ayala C., Raúl y Schaffer, Carlos. Salud y Seguridad Social. Crisis, Ajuste y Grupos Vulnerables. México. I.N.S.P. 1991.

Morales Portas, Arturo. Estructura Administrativa de la Seguridad Social. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición. México 1992.

Moreno Padilla, Javier. Ley del Seguro Social (Comentada). 17ª Edición. México. Trillas 1990.

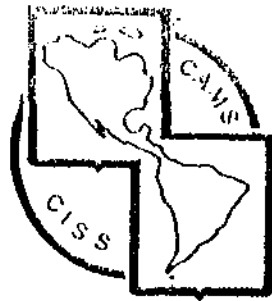
Oficina Internacional del Trabajo OIT. La Seguridad Social en la Perspectiva del año 2000. Ginebra 1984.

Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1989.

Programa de Modernización. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1992-1994. México 1992.

Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública. Secretaría de Programación y Presupuesto. México 1989.

Ruiz Esparza, Gerardo. La Seguridad Social y los Trabajadores. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición. México 1992.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

POLITICA ECONOMICA Y DESARROLLO SOCIAL

**DR. CARLOS HURTADO LOPEZ
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
(SEDESOL)**

6 DE AGOSTO DE 1993.

POLITICA ECONOMICA Y DESARROLLO SOCIAL

Es para mí un honor poder asistir a esta reunión de la Comisión Americana Médico Social y poder compartir con ustedes algunas reflexiones sobre aspectos relevantes de la experiencia mexicana en materia de política económica y desarrollo social.

CRECIMIENTO ECONOMICO Y DESARRO SOCIAL.

La historia ofrece ejemplos de cómo una sociedad que vive una etapa de desenvolvimiento económico aparentemente exitoso, puede sufrir serios reveses, si dicho proceso no es acompañado por un esfuerzo similar en materia de desarrollo social y político. La estrategia de desarrollo mexicana ha buscado conjugar la reforma económica, con la reforma política y la reforma social.

En lo económico, el programa está orientado a lograr un crecimiento sostenido con estabilidad de precios. No es este un fin en sí mismo. Tiene como propósito fundamental elevar la calidad de vida de los mexicanos y es requisito indispensable para que el aumento en el bienestar de la población se amplio y perdurable.

Crecimiento económico estable y desarrollo social son elementos complementarios e inseparables para lograr un desarrollo integral del país. En este sentido, un crecimiento sano es el sustento de una política social viable. A su vez, un desarrollo social adecuado fortalece la estabilidad social y refuerza las bases productivas que impulsan el crecimiento económico.

LA CRISIS DE LOS OCHENTA.

En 1988, cuando iniciamos el actual programa económico, el país resentía los efectos de un profundo proceso de ajuste iniciado desde 1982, en el marco de las peores condiciones externas que ha enfrentado el país en la historia reciente y cuyo propósito era corregir los agudos desequilibrios estructurales que afectaban a la economía.

Si bien los avances alcanzados hasta entonces, principalmente en materia de saneamiento fiscal y apertura comercial, fueron notables y constituían un valioso punto de apoyo para la superación de los problemas acumulados en muchas décadas, la economía continuaba enfrentando serias dificultades que impedían mejorar las condiciones de vida de la mayor parte de la población. En particular, el país atravesaba por un largo período de estancamiento económico que provocó que en sólo siete años el ingreso por habitante disminuyera en más de 12% y el consumo en cerca de 13%.

Además el gobierno disponía de poca capacidad para hacer frente a los impactos sociales de la crisis. La necesidad de corregir los agudos desequilibrios de las finanzas públicas y de hacer frente a los pagos que exigía una deuda excesiva limitaban seriamente sus márgenes de maniobra. Entre 1982 y 1988 el gasto programable del sector público, como porcentaje del producto interno bruto, se redujo en casi diez puntos porcentuales y el agasto en desarrollo social no escapó a esta tendencia al disminuir también en alrededor de 3 puntos porcentuales del producto.

PRINCIPALES AVANCES DEL PROGRAMA ECONOMICO.

Las reflexiones introducidas por la Administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari han permitido superar la situación de apremio de la década de los ochenta y armonizar la recuperación del crecimiento económico con una importante disminución en los niveles inflacionarios.

En los últimos cuatro años el crecimiento promedio anual del producto interno bruto de 3.5% ha superado al crecimiento de la población. Ello ha permitido una recuperación del ingreso per cápita.

Al mismo tiempo, la inflación se redujo de 160% hace cuatro años, a 11.9% en 1992: El promedio de inflación de los últimos doce meses registra ya niveles de un sólo dígito.

La recuperación del crecimiento económico y la mayor estabilidad de precios se reflejan en la evolución favorable de los indicadores de bienestar social. Así, por ejemplo, se ha logrado revertir el proceso de deterioro de los salarios reales ocurrido durante la década de los ochenta y en algunos sectores se observa ya una significativa recuperación. Tal es el caso de la industria manufacturera, en donde los aumentos en productividad han permitido un incremento sostenido de las remuneraciones reales por empleado. La productividad por hora hombre trabajada se ha incrementado a tasas anuales superiores al 6% en los últimos cuatro años y medio y las remuneraciones reales por persona ocupada registraban hasta abril de este año un crecimiento acumulado de cerca de 40% respecto al nivel que tenían en 1988.

De igual manera, el salario promedio de cotización al Instituto Mexicano del Seguro Social ha registrado hasta abril de este año un crecimiento de 22.5% respecto a igual mes de 1988.

Cabe señalar, sin embargo, que todavía no se logran alcanzar los niveles de salarios reales prevaletentes al inicio de la década de los ochenta. La recuperación del poder de compra de los trabajadores es un proceso gradual que debe estar aparejado a los avances en la productividad de las empresas.

Para que estos avances sean permanentes y el crecimiento económico sostenido, es necesario fortalecer las bases fundamentales que aseguren una evolución estable y ordenada de los precios y los mercados financieros, así como consolidar un aparato productivo competitivo y eficiente.

Por ello, el eje fundamental de la estrategia de estabilización ha sido el profundo saneamiento de las finanzas públicas y un manejo adecuado de la política financiera y cambiaria.

En sólo cuatro años hemos logrado transformar el déficit financiero del sector público, que en 1988 era superior al 12% de PIB, en un superávit estimado en medio punto porcentual del producto en 1992, sin considerar los ingresos extraordinarios por la privatización de los bancos comerciales y otras empresas paraestatales.

Asimismo, el proceso de la modernización de la economía ha promovido las condiciones necesarias para inducir un aumento en la productividad. La apertura comercial y la desregulación de la inversión extranjera, han permitido tener un mayor acceso a tecnologías modernas y han generado presiones competitivas sobre los productores nacionales.

Simultáneamente, se reforzó la competencia interna al eliminarse regulaciones excesivas en sectores estratégicos como transportes, servicios financieros e industria petroquímica, entre otros y se abrieron nuevos espacios a la inversión privada mediante la desincorporación de empresas públicas, que no resultaban prioritarias para cumplir las obligaciones constitucionales del gobierno.

En relación con el sector agrícola, en 1992 se aprobó una reforma constitucional que establece los derechos de propiedad plena de tierras comunales o ejidales. Esta reforma otorga a los productores agropecuarios seguridad en la tenencia de la tierra y genera incentivos para una mayor inversión productiva en el campo. Además, en la actualidad se están desarrollando los mecanismos para otorgar apoyos directos a los productores agrícolas y eliminar las distorsiones que ocasionan los precios oficiales sobre la estructura de producción en el campo.

EL GASTO SOCIAL.

Los avances en la reforma económica han contribuido a generar las bases de una economía sana, estable, competitiva y en crecimiento, que contribuye a la promoción de una nueva estrategia de desarrollo social. Esta estrategia reconoce que las medidas para estimular el crecimiento económico serían insuficientes por sí mismas para asegurar la adecuada satisfacción de las demandas de justicia y de mejores condiciones de vida de todos los mexicanos.

Por ello, a la vez que se profundiza el proceso de modernización de la economía es necesario aumentar sustancialmente la capacidad del gobierno para atender las necesidades sociales urgentes, sin comprometer las metas de estabilización y saneamiento de las finanzas públicas.

Esta tarea requiere, por una parte, canalizar recursos crecientes al desarrollo social mediante reducciones del gasto en sectores no prioritarios y, por otra, aumentar la eficiencia de cada peso invertido en rubros como salud, educación, combate a la pobreza extrema, abasto a las zonas marginadas, desarrollo urbano, vivienda y protección ecológica, concentrando el destino del presupuesto hacia los grupos más desfavorecidos y promoviendo el esfuerzo participativo de los propios beneficiarios. Bajo estas líneas generales, en la presente administración el gasto social ha multiplicado su impacto.

La disminución del gasto en sectores donde el sector privado ha complementado eficazmente el gasto público, tales como comunicaciones y transportes, industrial y energético, ha permitido abrir espacios al gasto social, sin comprometer la reducción del déficit fiscal.

Este proceso se fortaleció con el uso de los recursos obtenidos por la venta de empresas públicas para la amortización de deuda que, al reducir significativamente la carga del servicio de la deuda sobre las finanzas gubernamentales, contribuye a elevar la capacidad permanente del gobierno para atender las necesidades sociales.

La reorientación del gasto público ha permitido reducir el llamado gasto programable, que no incluye pagos de intereses ni participaciones de ingresos federales a los Estados, en casi dos puntos porcentuales del Producto Interno Bruto entre 1988 y 1993, a la vez que el gasto en desarrollo social ha aumentado en poco más de tres puntos porcentuales del producto.

Aunque este incremento en el gasto social ha permitido recuperar el nivel que tenía en 1981, como porcentaje del PIB, sería un error afirmar que hemos regresado a la situación de hace doce años. Por una parte, la eficiencia del gasto es mayor. Por otra, el gasto social de 1981 estaba basado en unas finanzas públicas deficitarias y resultaba claramente insostenible. En contraste, en la actualidad las finanzas públicas se encuentran saneadas y la estrategia adoptada permite aumentar gradualmente, pero sobre bases permanentes los recursos canalizados a la atención de las necesidades sociales, mayor.

En los últimos cinco años el crecimiento acumulado del gasto social ha sido de 76% en términos reales. Ello ha permitido que su participación dentro del total del gasto programable aumente de 33% en 1988 a casi 54% en 1993. Por su parte, los recursos

presupuestales canalizados al sector salud han aumentado cerca de 80% en términos reales en el período referido y como porcentaje del PIB resultan ya superiores en casi medio punto porcentual a los niveles máximos que se habían alcanzado antes de la crisis de los ochenta.

De esta forma, esta Administración ha iniciado programas sociales que requieren apoyo presupuestal creciente. La eficiencia del gasto público deberá aumentar y su dirección deberá enfocarse más que nunca a lo estrictamente prioritario: a las tareas que la Constitución le confiere al Estado.

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA POLITICA SOCIAL.

Sobre la base de una economía sana y competitiva el desarrollo social al que aspiramos tiene tres características básicas:

Responsable: Porque se sustenta en una modernización económica y financiera, que genera los recursos necesarios para un gasto social que no recurre al endeudamiento ni a gasto inflacionario, e integra una nueva forma de gestión gubernamental, atenta a los compromisos y a las demandas de la sociedad.

Participativo: Porque se apoya en el esfuerzo de los beneficiarios al convocar la iniciativa comunitaria y hace de ella un instrumento fundamental para la solución de los problemas.

Integral: Porque busca expresarse en todas las regiones del país; porque vincula estrechamente los aspectos que constituyen y consolidan el piso social básico, como son: educación, salud, nutrición, vivienda y servicios básicos y, porque ha de sentar las bases de las capacidades productivas del individuo, la familia y la comunidad.

Estos principios rectores que orientan nuestro desarrollo social son ya, en México, hechos y realidades en torno a los cuales hemos conducido nuestros esfuerzos. Ciertamente, en esta estrategia, el Programa Nacional de Solidaridad es la columna vertebral.

SOLIDARIDAD.

Solidaridad ha sido un programa sumamente eficaz en la lucha contra la pobreza extrema. Los programas de Solidaridad se distinguen por una importante participación de las comunidades beneficiarias en todas las etapas de los proyectos. Las comunidades eligen democráticamente a los miembros de un comité que se

encarga de convocar asambleas públicas para definir las prioridades de la comunidad, apoyar la administración de los proyectos y organizar su propia contribución a los mismos.

De esta forma, Solidaridad acaba con el paternalismo de los programas asistenciales del pasado y promueve la capacidad organizativa de las comunidades, a la vez que asegura que el gobierno atienda las demandas más urgentes de las comunidades en la forma más adecuada para sus necesidades.

Los programas de Solidaridad dirigen atención y recursos a las demandas prioritarias de los grupos más desprotegidos de la sociedad que incluyen comunidades indígenas, minifundistas en zonas de temporal, jornaleros, colonos de las llamadas ciudades perdidas, mujeres y niños en áreas pobres entre otros.

El primer propósito de Solidaridad es abatir las carencias más urgentes de la población pobre, conformando un piso social básico, a través de la instalación de agua potable, energía eléctrica, alcantarillado y drenaje y, la construcción y mejoramiento de viviendas, centros de salud, escuelas, cocinas y tiendas populares, caminos y carreteras.

Al mismo tiempo, con el propósito de mejorar productivamente las condiciones de vida de los mexicanos, Solidaridad ha trabajado en la generación de alternativas locales y regionales de ingreso y empleo, a través del Fondo de Empresas de Solidaridad, que apoya proyectos probadamente rentables, viables y de alto impacto social. El propósito es crear empresas rentables en donde el apoyo presupuestal sea palanca para su consolidación y desarrollo, sin llegar a constituir un subsidio permanente.

Solidaridad también ejemplifica la importancia de descentralizar la administración de programas de atención a la población pobre, dado que estos grupos generalmente se encuentran en las zonas de difícil acceso. Los gobiernos estatales y municipales asumen un papel activo en el manejo de los proyectos de Solidaridad. Los Estados administran 45% del presupuesto de Solidaridad y casi la tercera parte de los recursos se manejan a nivel municipal. Así las decisiones administrativas del programa se realizan a un nivel más cercano al pueblo donde se puede reconocer de manera más eficaz los problemas e iniciativas de las comunidades.

EDUCACION, SALUD Y VIVIENDA.

Otros sectores sociales han tomado el ejemplo de Solidaridad y buscan promover la participación comunitaria para combatir los rezagos sociales. Así, en relación con la educación básica, se han creado Consejos Escolares para promover la participación de padres de familia y la comunidad en general en el mejoramiento de las escuelas y el desempeño escolar.

En salud, se ha incorporado la participación de 20 mil maestros preescolares en el cuidado básico de niños menores de 5 años a través de su capacitación en la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil. En vivienda, los programas de autoconstrucción dependen fundamentalmente de la participación e iniciativa de los beneficiarios.

Para dirigir atención a las carencias en educación de la población pobre, se ha puesto énfasis en la modernización de la educación básica y, en particular, el mejoramiento de las escuelas en zonas marginadas. Parte central de este proceso ha sido la revalorización de la función magisterial a través de la actualización de los maestros y el incremento real de sus salarios. Se ha puesto en práctica un sistema de incentivos para recompensar a los maestros que trabajan en zonas marginadas de manera que la remuneración en zonas extremadamente aisladas puede ser del 50 al 60% mayor que en las zonas normales. Asimismo, se puso en operación el programa de Cien Escuelas por Estado dirigido a apoyar las escuelas con peores índices de deserción y reprobación.

En el Sector Salud también se está llevando a cabo un esfuerzo importante para que sea equitativo el acceso a los servicios de salud pública. Se da prioridad a la extensión de servicios básicos para los pobres no asegurados. De esta manera el gobierno ha establecido el Programa de Apoyo de Servicios de Salud para la Población Abierta con el objeto de coordinar los servicios de atención a esta población. El programa ofrece raciones gratuitas de alimentos complementados por servicios e información de salud y nutrición. Estos servicios se administran principalmente por las autoridades de salud estatales y los programas manejados conjuntamente con Solidaridad.

En relación con la vivienda, el gobierno ha buscado ampliar el acceso a créditos para la construcción y mejoramiento de vivienda a través de la disminución del enganche inicial y el incremento del plazo de amortización. En apoyo a la población de muy escasos recursos se inició un programa de apoyo al autoconstructor con créditos individuales y carácter revolvente.

CONCLUSIONES.

La reforma social en México ha buscado reorientar los esfuerzos y recursos del gobierno hacia la población más desprotegida. Se pretende coordinar los propósitos y programas de los sectores sociales impulsando así las condiciones necesarias para el desarrollo integral de comunidades marginadas. En 1992 se crearon la Secretaría de Desarrollo Social y el Gabinete de Desarrollo Social para concertar los esfuerzos de los organismos sociales e impulsar su coherencia con la reforma económica. Parte central de la reforma social ha sido la promoción de la

participación de la sociedad civil en la elevación de sus propias condiciones de vida, lo que a su vez contribuye a su realización social y personal. Esta participación promueve nuevas reformas de gobernar en concertación con la sociedad e impulsa la iniciativa y cohesión social.

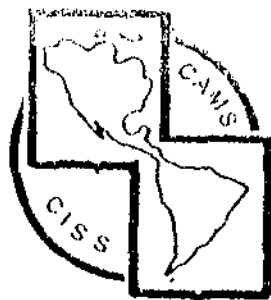
Los avances que hemos alcanzado durante los primeros cuatro años y medio de aplicación de estas políticas son satisfactorios. Sin embargo, aún son insuficientes para atender los rezagos sociales todavía existentes y ofrecer oportunidades de empleos productivos y bien remunerados a la población que cada año se incorpora a la fuerza de trabajo.

Frente a esta situación, el gobierno se ha comprometido a perseverar en la aplicación de la estrategia adoptada, para continuar avanzando gradualmente en el cumplimiento de los objetivos económicos y sociales, sin poner en riesgo lo que hasta ahora hemos alcanzado.

Si las necesidades de aumentar el gasto social y de lograr tasas de crecimiento económico más elevadas se atendieran a través de un incremento en el gasto público total, se podría generar una dinámica efímera que, al no estar acompañada de estabilidad, se traduciría más tarde en un círculo de pérdida de confianza, especulación, recesión, deterioro de los salarios reales, desempleo y más inflación.

En los próximos años el rumbo de la política económica y social deberá mantenerse y dirigirse hacia una estricta aplicación de los lineamientos que han permitido guiar el esfuerzo de modernización al que sociedad y gobierno nos hemos comprometido.

Muchas gracias.



**COMISION
AMERICANA
MEDICO SOCIAL**

Reunión Subregional

MEXICO, D.F., 2 AL 6 DE AGOSTO DE 1993.

**RESPUESTA DEL MODELO MODERNO DE ATENCION
A LA SALUD A LOS RETOS ACTUALES Y
FUTUROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO
SUBDIRECTOR GENERAL MEDICO DEL IMSS**

6 DE AGOSTO DE 1993.

RESPUESTA DEL MODELO MODERNO DE ATENCION A LA SALUD
A LOS RETOS ACTUALES Y FUTUROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha participado durante 50 años en el desarrollo económico y social de nuestro país. Al inicio de la década de los 90's las nuevas circunstancias del entorno socioeconómico determinaron que el Instituto emprendiera un proceso de modernización al que, desde luego se incorporó su área médica. En este sentido, la Subdirección General bajo mi responsabilidad formuló un Modelo de Atención a la Salud encaminado a atender el proceso salud enfermedad. Este modelo aprovechó los aspectos positivos del anterior, modificó los ya superados e incorporó aquellos indispensables para satisfacer las necesidades de salud y demandas de atención de la población derechohabiente, en congruencia con los nuevos tiempos. Así nació el denominado "Modelo Moderno de Atención a la Salud". Cabe destacar que la palabra "Modelo" se refiere a una situación ideal a alcanzar por el área médica del Instituto, sin tener connotaciones de ejemplaridad o generalización aplicables a otras instituciones o contextos. Es decir, en estricto sentido no es un nuevo modelo, pero sí una guía para abordar los problemas que se dan en el proceso salud-enfermedad, de manera sistemática y procesal; es decir organizada, interrelacionada, horizontal y coordinada.

El Modelo Moderno de Atención a la Salud, en lo sucesivo, el Modelo, identificó como tarea primaria de la Subdirección General Médica, como ya se dijo, la atención del proceso salud-enfermedad constituido, obviamente, por el subproceso salud y el subproceso enfermedad.

El Modelo consta de cuatro funciones generales, a saber:

- 1ª Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.
- 2ª Otorgar atención médica integral.
- 3ª Formar, desarrollar y capacitar al personal para la atención a la salud.
- 4ª Realizar investigación médica.

Cada función contiene diversos atributos, actividades y acciones. Para dar un significado unívoco a los términos utilizados en el Modelo, se elaboró también un glosario.

El objetivo de esta presentación es analizar las relaciones y posibles respuestas de nuestro Modelo a las siguientes categorías conceptuales; que en la actualidad son motivo de reflexión y debate en las instituciones de salud y seguridad social de diversos países.

ENTORNO POLITICO, SOCIAL Y ECONOMICO.

John Nisbit, reconocido investigador norteamericano mencionó que dentro de las grandes tendencias regionales o mundiales que ocurrirían a partir del inicio de los 80's, figurarían, entre otras, la globalización de la economía, el crecimiento de la cuenca del pacífico y la privatización del denominado estado benefactor. En lo político, los acontecimientos más dramáticos de la última década fueron el desplome del bloque socialista y el fin de la guerra fría, seguidos del predominio, ya sin rival a la vista, del modelo neoliberal de occidente bajo el liderazgo indisputado de los Estados Unidos, modelo no exento de grandes contradicciones internas y externas.

En lo social, el fenómeno dominante es el crecimiento de la pobreza, que en el caso de latinoamérica afecta casi a la mitad de su población. Su combate, la búsqueda de equilibrio entre la política económica y el bienestar social y la respuesta cabal a las aspiraciones democráticas de la sociedad, constituyen la agenda fundamental de los gobiernos de nuestra región.

Las transiciones demográfica y epidemiológica causaron incremento relativo de la población económicamente activa y de los grupos de la tercera edad que reclaman empleo, derechos pensionarios y atención de su salud. Para satisfacer estas necesidades los países aplican una amplia gama de modelos que van del paradigma del libre mercado hasta los sistemas de salud totalmente bajo la responsabilidad del Estado.

México sufrió, como muchos países, la crisis económica de los 80's, caracterizada por gran inflación, desplome de salarios reales, devaluación monetaria, balanza comercial desfavorable y aumento desproporcionado de la deuda externa. Socialmente esta situación desembocó en mayor inequidad distributiva y aumento de la pobreza. A partir de 1988 se aplicaron políticas de ajuste para combatir esta crisis las cuales en su mayoría, afortunadamente, están dando los resultados económicos esperados. En la década de los 90's el gobierno de México rechazó el modelo neoliberal ortodoxo y aplicó el Liberalismo Social que concilia las fuerzas del mercado, el estado promotor y una política social comprometida con los más pobres. En este contexto se inserta el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social, que hoy protege a casi 50 millones de personas en sus dos regímenes.

La elaboración del Modelo a partir de 1991 se significó como un ejercicio democrático realizado en todos los niveles. Es equilibrado pues considera de igual importancia la atención a la salud y a la enfermedad; aspira a satisfacer las demandas pero también las necesidades; dirige sus acciones a poblaciones específicas y grupos de alto riesgo y las hace extensivas al individuo y al ambiente familiar y laboral. El Modelo se acompasa a la transición demográfica y epidemiológica, pero también es un instrumento

para enfrentar la transición económica y social que vive nuestro país. Es un Modelo no excluyente de las capacidades y experiencias de los sectores social y privado y establece compromisos con la ciudadanía a fin de otorgar servicios de máxima calidad y calidez, con productividad y eficiencia, que son reclamos a nivel nacional y premisas de la competencia internacional que se tiene ya a la puerta. El Modelo contiene atributos que facilitan la integración a un bloque económico internacional, articula la satisfacción de los usuarios con la de los prestadores de servicios y toma muy en cuenta la utilización óptima de los recursos.

RETOS DE JUSTICIA, EQUIDAD Y COBERTURA.

El término justicia utilizado aquí no se refiere al sentido filosófico o jurídico de la palabra, sino a la justicia distributiva o redistributiva que regula las relaciones de distribución entre el Estado y los individuos y se refiere también a la justicia social, entendida como satisfacción de las necesidades básicas, entre las que figura la salud.

El Instituto modernizó su Modelo de Atención a la Salud, entre otros propósitos, para responder mejor a los retos derivados de los conceptos de justicia antes mencionados que están vigentes desde su creación: equidad, accesibilidad y cobertura. Además, el Modelo es congruente con el proyecto mexicano de democracia, la cual se concibe no solo como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en la aspiración de constante mejoramiento económico, social y cultural, todo para cumplir con la justicia social. En nuestro país, el bienestar social es tarea que nuestra Constitución encomienda al Estado en el cuerpo de las garantías individuales y sociales. Ejemplo de ello es el derecho a la protección de la Salud (Artículo 4º) y la creación de Instituciones de Seguridad Social (Artículo 123).

La Ley del Seguro Social prescribió en 1943 que "La Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo" (Artículo 2º). Para cumplir con ella "El Seguro social es el instrumento básico establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de la Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos" (Artículo 4º). "La Seguridad Social y el Instituto, su instrumento para realizarla, son medios fundamentales de justicia que además de otorgar las prestaciones inherentes a sus finalidades, podrá proporcionar beneficios de carácter colectivo" (Artículo 8º).

En congruencia con todo lo anterior no es exagerado decir que nuestro Modelo orienta y vigila el cumplimiento de las acciones de promoción del bienestar, disminución de los riesgos, prevención de los daños y restablecimiento del equilibrio dinámico de los individuos con su ambiente y además está adaptado a las condiciones, necesidades y conocimientos vigentes y sirve de guía para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La Equidad se entiende como la igualdad en la provisión de prevención primaria, secundaria o terciaria a toda la población. Esto significa otorgamiento de servicios homogéneos y de alta calidad, sin distinción de sexo, edad, nivel socioeconómico, educativo, cultural o lugar de residencia, tratando a cada quien según sus necesidades. El Modelo ofrece un enfoque integral para satisfacer tanto las necesidades de salud como las demandas de atención médica de la población.

Por Cobertura se entiende la posibilidad de que todo trabajador o familiar afiliado al IMSS pueda recibir servicios institucionales en cualquier circunstancia o lugar de residencia. La incorporación de nuevos grupos de asegurados y familiares lleva implícita la obligación del Instituto de proporcionarles atención médica integral en cuanto se establece el derecho. El equilibrio que guardan entre sí las funciones del Modelo, explican el propósito de ampliar la cobertura a toda la población asegurada, intensificar el uso de los servicios, no sólo por demanda de atención curativa, sino de acciones orientadas al subproceso de la Salud, como son, entre otras, la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños, el control de embarazo, el fomento de la salud, las medidas preventivas y la mejoría del ambiente laboral en las empresas. De esta manera el Modelo contribuirá con lo que le toca, poco a poco, lograr una mayor justicia social a distribuir equitativamente los beneficios de la Seguridad Social.

RETOS FINANCIEROS, DE EFICIENCIA Y CONTENCIÓN DE COSTOS.

Es indudable que la calidad y la suficiencia de los servicios que prestan las Instituciones de Seguridad Social, están en íntima relación con su situación financiera y que esta última a su vez, se sustenta en un proceso integral de planeación-presupuestación que contempla, como una de sus estrategias fundamentales la supeditación del gasto al ingreso. Al respecto, es válido recordar aquí lo dicho por nuestro Director General, licenciado Genaro Borrego: "Los insuficientes ingresos y altos costos de producción de servicios han sido grandes problemas en nuestras instituciones...". Por lo tanto y considerando la actual escasa libertad de acción de los organismos de Seguridad Social para lograr un incremento de sus ingresos, estas instituciones deberán considerar como una política gerencial básica, la eficiencia y la mode-

ración de los costos de la atención, con objeto de mantener el equilibrio financiero y al mismo tiempo satisfacer una mayor demanda de servicios y enfrentar la espiral inflacionaria de los insumos.

El Modelo contempla funciones, atributos y acciones estrechamente relacionadas con la eficiencia y la contención de costos de la atención. Uno de los objetivos de la estrategia de modernización de los servicios de salud, desde su origen fue "desarrollar la filosofía de la mejoría continua de manera que por un lado se garantice la calidad y calidez de los servicios y por otro se mejore el desempeño de los trabajadores. Esto redundará en incremento de la eficiencia, efectividad y calidad, e indirectamente en la disminución de los costos de funcionamiento". En la primera de sus funciones "incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños", se señalan aspectos íntimamente relacionados con la eficiencia y con ello el control de costos, como son: establecimiento de diagnósticos de salud con base en el control y vigilancia epidemiológica; la identificación de prioridades, el abordaje lógico para la solución de los problemas, la prevención de accidentes en el trabajo y la promoción de la educación para la salud con objeto de lograr cambios de conducta favorables a esta última.

En cuanto a la segunda función "otorgar atención médica integral", subrayo y repito el objetivo ya mencionado de atender las necesidades de salud de la población y no sólo sus demandas de atención al daño, con el objeto de modular la demanda y coadyuvar con el uso eficiente de los recursos.

Por lo que corresponde a la tercera función "formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud", el Modelo destaca la congruencia de los programas educativos con las necesidades de salud y demandas de servicios de la población, lo que de inmediato los vincula con los mecanismos promotores de eficiencia y control de costos, ya que impiden la capacitación en disciplinas que no son de utilidad para el Instituto. Destaca además el objetivo de realizar programas integrales, con orientación formativa y dirigidos a la solución de Problemas; ello propicia la vinculación entre la teoría y la práctica y la identificación con los objetivos institucionales.

Finalmente, la investigación médica, cuarta función general del Modelo, considera también como fundamento de sus programas, las necesidades de salud de la población derechohabiente y las demandas de servicios; pero además contempla la respuesta a problemas que surjan durante las etapas del proceso de atención al multicitado proceso salud-enfermedad, lo que vincula estrechamente la investigación con los diferentes fenómenos que ocurren en dicho proceso.

Existen por otra parte, atributos comunes a las cuatro funciones que se relacionan específicamente con la eficiencia y la contención de los costos. Uno de ellos es la realización de las acciones de manera eficiente y efectiva; otro se refiere a la coordinación entre niveles de operación; un tercero contempla el uso adecuado de los servicios por los usuarios y los prestadores y uno más, la utilización adecuada de la tecnología apropiada. Por último, un atributo globalizador, que señala la estrategia fundamental de la prestación de los servicios, integra todas las acciones dentro del concepto de calidad total.

Hablemos un poco de Calidad Total.

El Modelo que es el resultado del proceso de modernización institucional en el área de la salud, constituye un proceso continuo a mediano y largo plazo que a través de sus funciones generales y sus atributos responde a las expectativas de la institución y de los usuarios respecto a la mejoría de los servicios, precisamente sobre la base de una nueva cultura: Aspirar siempre a la calidad total.

El Modelo incorpora a su glosario el concepto de calidad total de la atención a la salud, como el atributo de un sistema que es resultante de que todos sus elementos tengan las características y organización que deben tener, funcionen conforme a lo establecido y den lugar a los productos esperados... Para ello el mismo Modelo toma en consideración los factores operativos que se relacionan con el propósito de mejorar la calidad: suficiencia, oportunidad, motivación y desarrollo del personal; organización y productividad, satisfacción del usuario y los prestadores de servicios y la necesidad de supervisión, evaluación y compromiso de corrección de las desviaciones.

COLABORACION PUBLICO-PRIVADA.

Nuestra Constitución Política establece el sistema de economía mixta y la concurrencia de los sectores público y privado en el desarrollo de la vida nacional. La Secretaría de Salud formuló en 1991 las siguientes recomendaciones acerca de la colaboración público-privada en los sistemas de salud: 1º. Explorar y ampliar nuevas formas de colaboración, 2º. Fortalecer la función reguladora de la Secretaría de Salud y 3º. Incorporar en los servicios públicos las cualidades reales o supuestas que se atribuyen al sector privado como eficiencia, productividad y competitividad.

Las formas de colaboración entre los sectores público y privado, atendiendo a las variables financiamiento y prestación de servicios dan lugar a cuatro posibles combinaciones, todas ellas observables en nuestro país. Por ejemplo, la experiencia ha demostrado que la concesión al sector privado de ciertos servi-

cios no sustantivos como vigilancia, limpieza, mantenimiento y alimentación, ha dado resultados satisfactorios (financiamiento público-prestación privada).

El IMSS no contempla una política de subrogación de servicios médicos o paramédicos con el sector privado, salvo casos esporádicos y de excepción.

Por otro lado y en razón de la ocupación óptima de las clínicas y hospitales de nuestro Instituto y sobre todo, porque la Ley no lo permite, no existe la intención de ofrecer servicios médicos a no derechohabientes, pero sí recuperar los gastos reales cuando algunos pacientes se atienden, por cualquier razón, en nuestras unidades médicas (financiamiento privado-prestación pública). También se plantea la conveniencia de integrar el sector privado a las acciones de fomento a la salud y ampliar su participación en la formación de personal para estas actividades y realización de investigaciones conjuntas en biomedicina; tareas que hoy por hoy están casi completamente bajo la responsabilidad de las instituciones públicas.

La Ley del Seguro Social permite, por otra parte, la contratación de seguros adicionales, como el sistema de ahorro de retiro que ya es una realidad, pero siempre bajo el papel regulador del Estado para garantizar la observancia de las cláusulas pactadas.

Entre los atributos del Modelo que permiten ampliar la colaboración público-privada destacan el de coordinación interinstitucional y el de concertación con los sectores social y privado. Otras características del Modelo, relacionadas con la calidad total, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios, inciden en una deseable competencia con otras instituciones públicas y privada. Al fin y al cabo, la competitividad que podamos tener tendrá que ver con el respeto que nuestros derechohabientes sientan por nosotros. Si no somos competentes nos darán la espalda y buscarán otros organismos, probablemente privados que les resuelvan sus problemas de salud de una manera adecuada, oportuna, apoyada en buena técnica y humana.

COLOFON.

La conferencia se tituló "Respuesta del Modelo Moderno de Atención a la Salud a los retos actuales y futuros de la Seguridad Social". Reconozco que fue pretencioso y por ello deseo hacer tres comentarios finales.

- 1º La palabra RETO no se tomó como provocación, citación al duelo o desafío, sino como objetivo o empeño difícil de llevar a cabo y que constituye por ello un estímulo para quien lo afronta.
- 2º No debería haberlo ubicado en relación con la Seguridad Social, sino en relación con la parte de ésta que le corresponde al área médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 3º Cada vez estoy más convencido que nuestro Modelo permite cumplir con algunas de las características de la modernidad:

Respetar los valores culturales seculares, permite la libertad personal de movimiento físico, psíquico y social y finalmente, posibilita la transformación de la personalidad; transformación que tenga en cuenta como mínimo, el interés y la colaboración con otros así como el cumplimiento de las responsabilidades personales.

PONENCIAS
A LAS
COMENTARIOS

COMENTARIOS A LA PONENCIA

SALUD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

Dr. Luis Arcila.

Atendiendo los términos de la gentil invitación que me fue formulada, los breves comentarios que me voy a permitir hacer a la interesante presentación hecha por el licenciado Pablo Serrano Calvo, pueden considerarse de orden complementario, dentro de tan complejo tema. Según lo solicitado por los organizadores apenas voy a tocar algunas generalidades de los aspectos económicos, para abundar un poco más en sus correlaciones con la salud, todo dentro de lo poco que permite el limitado tiempo asignado.

Las ideas expuestas en el trabajo presentado por el licenciado Serrano, se encuadran dentro del contexto de una temática que viene desarrollando la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL, para el decenio de los años 90s, partiendo especialmente de la publicación "Transformación Productiva con Equidad", hecha en 1990, una segunda en 1991, "El Desarrollo Sustentable", que trata la misma problemática y su correlación con Medio Ambiente y, la más reciente, con un "Enfoque Integrado", aparecida en 1992.

Se introduce el trabajo con una conceptualización general de las correlaciones entre salud y desarrollo económico, enunciando las bases de la tesis central de "Transformación Productiva con Equidad", dentro de un enfoque integrado, que se sustenta en la difusión del progreso técnico, la creación del empleo productivo y la inversión en recursos humanos, así como el equilibrio que debe existir entre los objetivos sociales de distribución del ingreso, resultante de la política económica y las incidencias económicas, resultantes de la política social de inversión en capital humano, para lograr una mayor producción y productividad.

Ante todo, al abordar este tema, debe sentarse una premisa general de orden humanístico, anteponiendo el valor intrínseco del capital humano sobre cualquier otro interés e independientemente de la productividad económica, para evitar caer en recurridos enfoques puramente economicistas, que terminan olvidando al hombre, o que simplemente lo ponen al servicio de la producción y no al contrario, cuando, como bien lo anota en su presentación el licenciado Serrano, el fin último del desarrollo es el propio hombre.

Otra premisa que debe tenerse en cuenta, es distinguir la noción de crecimiento, como poder de producir y consumir mayores cantidades de bienes y servicios, en tanto que el desarrollo constituye un fenómeno más complejo, en el que intervienen aspectos económicos, sociales, políticos y culturales, debiendo ser integral y armónico, lo que no se consigue con el simple aumento del ingreso. Además, implica la expansión de toda la sociedad y de los individuos que la componen, incluida la capacidad de generar ingreso, a través de la producción de bienes y servicios, en cuyo contexto va implícito el sentido de equidad y de distribución en la capacidad y solución de los problemas sociales. Vale decir, bienestar.

Así, puede haber y de hecho se constata con demasiada frecuencia, que existe crecimiento sin desarrollo, cuando grandes grupos sociales quedan fuera de los beneficios del progreso. Y estamos también presenciando un fenómeno nuevo e inquietante: crecimiento sin empleo. Se agrega entonces con dramática presencia el desempleo a nivel mundial, pues, de mal endémico en los países en desarrollo, en esta década de fin de siglo, ha invadido también en forma inusitada a los países desarrollados.

Lo anterior cuestiona la tesis mantenida durante mucho tiempo, cuando se creyó que era primero necesario lograr un desarrollo económico, al menos suficiente, para llegar a un desarrollo social más o menos aceptable, salvando las peculiaridades y correlaciones relativas a estos conceptos. Algo que se simboliza en el lenguaje coloquial como que, "primero había que crear la torta, para poderla repartir luego".

Las correlaciones entre salud y desarrollo son muy variadas y complejas, apareciendo más claros los beneficios del desarrollo en favor de la salud, debido especialmente al incremento del ingreso, individual y colectivo y a los avances científicos contra las enfermedades y discapacidades, factor éste ligado pero de más impacto en el sector que el propio crecimiento económico. La relación inversa, salud en favor del desarrollo, si bien es importante, su identificación y dimensionamiento es más difícil, siendo considerada como una especie de inversión, aunque bien difícil de cuantificar.

Todavía bajo los efectos de la llamada "década perdida", de los años 80s, las consecuencias de la recesión económica en la calidad de la vida han evidenciado que la salud, entre otros factores, es también determinante para el desarrollo económico, constituyéndose en un componente integral del mismo, como un factor que lo fomenta y que se beneficia de él.

Se entiende entonces que con el desarrollo la población en general vive más y mejor, al reducirse los indicadores de morbi-mortalidad y discapacidad, que miden el grado de salud, lo que contribuye a que una sociedad sea más rica, debiendo relativizarse también la clásica distinción entre el sector económico, como productivo y el social, como no productivo, que absorbe más que produce recursos, sólo que la inversión en éste es de lenta e indirecta recuperación.

Otra importante constatación es la de que el desarrollo ha contribuido a mejorar la salud, más por reducción de la mortalidad que por reducción de la morbilidad causada por enfermedades infecciosas, o sea que la salud ha mejorado relativamente en menor grado que la esperanza de vida, la cual aumentó dramáticamente en los países en desarrollo, de 40 años en la década de los 50s, a 63 años en los 90s. Pero hay que entender que, más que el derecho a la vida, que siempre se extingue, lo que importa es el derecho a la calidad de la vida, pues "¿de qué sirve la esperanza de vida, en una vida sin esperanza?".

Y en el fomento de la salud debe anotarse como factor causal, más que los servicios de salud, los avances científicos, cuyo impacto ha sido espectacular en la reducción de la morbilidad y mortalidad prematura, sobre todo con la aplicación de vacunas y antibióticos y la detección precoz de afecciones tratables, aunque tampoco es cierto que los avances tecnológicos por sí mismos, conlleven la solución de los problemas de salud. Sin embargo, la mayor contribución del desarrollo para mejorar la salud es el incremento del ingreso, tanto individual como colectivo, entendiéndose por éste la sumatoria de los ingresos individuales. Esta distinción es importante debido a las diferentes formas en que cada tipo de ingreso influye en el incremento de la salud: mientras el individual posibilita la capacidad de compra de bienes y servicios, como alimentos, vivienda y atención sanitaria, lo cual también tiene su punto de saturación, sin que se pueda establecer una relación directamente proporcional de que a mayor capacidad de compra mayor salud, el ingreso social posibilita una mejor oferta de servicios. Y esto favorecer también a los grupos más pobres, al extenderse su cobertura y facilitarse su accesibilidad hasta la gratuidad de los mismos, convirtiéndose así en un mecanismo redistributivo que contribuye a la equidad.

En la búsqueda de una mayor equidad por medio del gasto social, ante la difícil y a veces impopular vía de incrementar los ingresos fiscales, la CEPAL recomienda en su Enfoque Integrado, reasignar el gasto público hacia las áreas sociales, canalizando proporcionalmente más servicios hacia los grupos más necesitados,

(se habla, por ejemplo, de transferir recursos destinados a gastos de armamentos y defensa a educación y salud), así como mejorar la eficacia y la equidad del gasto social, entregando más o mejores servicios con la misma cantidad de recursos, en beneficio de los más pobres.

En la lucha contra la pobreza, recomienda la aplicación de cuatro políticas básicas, dentro de las cuales está la que proporciona una red de seguridad social básica y de ingresos mínimos cuando, pese a participar en la actividad económica, no se generan ingresos suficientes, temporal o definitivamente, como para escapar a la situación de pobreza absoluta.

A este tema, de la "Seguridad Social y Políticas de Transferencia", el citado Enfoque Integrado de la CEPAL, dedica todo un Capítulo, donde se tratan aspectos tan interesantes como pobreza, equidad y transferencias; programas de seguridad social; la falta de equidad de los sistemas vigentes; extensión y calidad de la cobertura; el seguro social y la asistencia social; propuestas de reformas y programas de transferencia, entre los cuales se tratan, los de empleo de emergencia, los fondos de inversión social y las transferencias para combatir la pobreza crónica, temas éstos del máximo interés para un foro como este, por la especialidad de sus participantes. Por eso lo anotamos como referencia, para quienes se interesen, ya que por la brevedad de la exposición hecha por el licenciado Serrano, apenas le fue posible enunciar someramente algo de lo relativo a la seguridad social.

Pero tampoco todos los efectos del desarrollo son benéficos para la salud, cuando por el aumento de ingresos a veces se llega a malos hábitos, como dietas inadecuadas que producen obesidad, ocio, sedentarismo, accidentes de vehículos automotores y de otras maquinarias, producción de residuos tóxicos, contaminación ambiental, violencia, etcétera.

La lucha maniquea que acompaña al hombre desde su aparición en la tierra, está plagada de un sinnúmero de antítesis y contradicciones y, frente a importantes soluciones, van surgiendo nuevos problemas e inquietudes y así como hay enfermedades de la pobreza, causadas por carencias como la mala nutrición y ambiente insano o propiciadas por el analfabetismo, existen también enfermedades de la opulencia, las llamadas crónico-degenerativas, estimuladas por factores de riesgo conductuales como el alto consumo de tabaco, alcohol, grasas saturadas, colesterol y calorías dietéticas, vida sedentaria y estrés.

Lo anterior hace que se puedan tipificar diversos modelos epidemiológicos, según el grado de desarrollo de los países e incluso al interior de cada país, según estratificaciones sociales por niveles de ingreso, lo que hace que se planteen en algunos países modelos epidemiológicos mixtos y de transición, con baja incidencia de muchas enfermedades transmisibles y mayor prevalencia y mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, como las cardiovasculares y el cáncer, además de accidentes y violencia. Todo lo cual va acompañado también de diferentes niveles de cobertura de servicios de salud, en términos tanto cuantitativos como cualitativos.

La salud, como todos los demás bienes, cuesta dinero, no sólo para el individuo en sí mismo, sino para el entorno en que se mueve y mejorar sus indicadores es más lento, difícil y cuesta más, a medida que se van logrando rangos mejores, lo que hace que el gasto para protección de la salud tengan también un rendimiento decreciente. Pero la mala salud también cuesta dinero para el individuo, así como para la sociedad, en términos de desarrollo, al reducirse la actividad productiva en todos los niveles de ingreso, lo que establece una clara correlación entre salud y productividad.

Como complemento a los trabajos de la CEPAL, interesa conocer algunos de los planteamientos hechos por el Banco Mundial en su último Informe sobre el Desarrollo Mundial, de 1993, destinado a la Inversión en Salud, donde se analiza como tema central la reestructuración de los presupuestos de los gobiernos y su inversión en el sector salud, equivalente al 8% del producto mundial. Dicho porcentaje, en un 90% fue gastado por los países de altos ingresos, lo que significó un promedio de 1.500 dólares por persona, en tanto que en los países en desarrollo fue de 41 dólares por persona, equivalentes al 4% de su producto nacional bruto, cuando en Estado Unidos, por ejemplo, llega al 12% de dicho producto.

Se anota que en la mayoría de los países existe una asignación equivocada de los recursos públicos, lo que provoca desigualdades en el uso del gasto, beneficiando a los que están en mejor situación. Esto conduce a la necesidad de fomentar un entorno económico y social que permita a las familias vivir en una situación mas saludable, mejorar diametralmente el gasto público en este rubro y promover la diversidad y competencia en la prestación de los servicios asistenciales, para lo que se requiere aumentar 2.000 millones de dólares anuales la asistencia de las naciones donantes. De hecho, el propio Banco ya ha cuadruplicado el financiamiento para este sector en los últimos seis años.

Se anota también la necesidad de cambios en la reasignación del gasto, fortaleciendo programas de importancia crítica y eficacia comprobada, sobre todo en el campo de la prevención de enfermedades, en beneficio de grupos sociales más pobres y numerosos, que carecen de acceso a los servicios básicos de salud y reciben atención de mala calidad, en lugar de financiar intervenciones en salud de escasa eficacia en función de los costos, en favor de los que se encuentran en mejor situación económica.

Elevar el nivel de ingreso de los que viven en condiciones de pobreza, se recomienda entonces como la política más eficaz para mejorar el estado de salud de la población.

El tema, directa o indirectamente, actualmente está también en el centro del debate de los Organismos y Reuniones Internacionales, lo que demuestra una sensibilización a nivel mundial, que se espera pase del plano conceptual a los hechos concretos. Aparte de los trabajos ya citados de la CEPAL, destacan las siguientes referencias:

- Boutros Ghali, Secretario General de la Organización de Naciones Unidas, insta a revisar el sistema de la ONU, ante la sesión anual del Consejo Económico y Social - ECOSOC, afirmando que éste debe responder a las necesidades humanas y promover un mundo más equilibrado económica y socialmente y agrega que el desarrollo social se encuentra en el corazón de los desafíos de finales del siglo XX.
- James P. Grant, Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, en el reciente "II Coloquio Internacional de Alcaldes Defensores de los Niños", aboga por ajustes económicos con rostro humano y subraya la necesidad de articular e integrar políticas económicas y sociales con un nuevo estilo de desarrollo de mayor efectividad, pero sobre todo más centrado en el desarrollo humano.
- El documento final de la "III Cumbre Iberoamericana", reunida en Salvador, Brasil, exhorta a la ONU a perfeccionar los mecanismos financieros multilaterales y los organismos de cooperación ya existentes, para promover el crecimiento en los países en desarrollo y enfrentar problemas sociales graves, como el de la infancia abandonada, la pobreza absoluta y el desempleo entre otros.

- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, en su "Informe sobre Desarrollo Humano 1993", anota que se ha de tejer el desarrollo en torno al pueblo y no el pueblo en torno al desarrollo y que debe darse protagonismo a las personas y los grupos sociales, en lugar de quitárselo. Que hacen falta nuevos modelos de desarrollo humano sostenible: invertir en el potencial humano y crear un medio ambiente que permita el pleno aprovechamiento de las capacidades humanas. Dice que por lo menos 20% del total de la ayuda debería destinarse a aspectos de prioridad humana.

- El Banco Mundial en el ya citado Informe sobre el Desarrollo Mundial, de 1993, agrega que las necesidades de atención a la salud de la población en el mundo en general se vieron aumentadas, por lo que actualmente se considera necesario cambiar toda la estructura de gastos de los gobiernos en el sector social y crear los mecanismos necesarios para su mejoramiento. Esta necesidad es inminente y se inserta en las metas de organismos multilaterales que en este decenio han reconocido la necesidad de instaurar políticas de combate a la pobreza.

Como tantas veces se ha planteado, el gasto en salud se estima inversión en el sentido de su potencial para reducir las enfermedades, las discapacidades y la muerte prematura, que limitan parcial o definitivamente el máspreciado de los capitales que es el humano, entendido éste como la suma de habilidades y conocimientos del hombre y que por esencia es inalienable e insustituible.

Por eso procede retomar la advertencia inicial de que nunca tampoco se debe sacrificar al hombre y sus valores en aras de valores económicos. Y es así como, todo enfoque economicista es insuficiente y hasta puede llegar a ser lesivo, especialmente cuando se refiere a los grupos llamados improductivos, como pueden ser los ancianos, los menores, los discapacitados y los pobres.

Existen razones de orden ético para hacer inadmisibile el planteamiento de que, por ejemplo en el caso de los ancianos, el tan invocado triunfo de los adelantos científicos en favor de prolongar la esperanza de vida, se puede volver contraproducente, al incrementar una carga pasiva de seres que padecen enfermedades crónicas que generan altos costos y que no sólo no producen, sino que demandan la atención de otras personas en edad económicamente activa.

A manera de conclusión, hecha la anterior visión panorámica de tan compleja problemática, sobre la cual abundan también tantas elucubraciones que a veces llegan hasta el dilectantismo, parece dibujarse todo un paisaje de claro-oscuros, frente al cual se abren grandes interrogantes sobre el futuro destino del hombre y la sociedad que él mismo construye o destruye.

Con todo, existen más razones para el optimismo y por eso el comentario final de la CEPAL en sus estudios es bien positivo, cuando concluye que la tarea es factible. Y el hombre se valora cuando se mide frente al obstáculo.

La realidad actual es que más de 1.000 millones de personas en todo el mundo siguen padeciendo la pobreza absoluta y el 20% más pobre se encuentra con que el 20% más rico goza de un ingreso que es más de 150 veces superior al suyo. Y que la población rural de los países en desarrollo sigue recibiendo menos de la mitad del ingreso y de los servicios sociales de que dispone la población urbana.

Después de lo apenas esbozado en esta apretada síntesis de comentarios, como mensaje final a quienes directa o indirectamente pueden tener algún poder decisorio en la conducción de las políticas económico-sociales, en procura de una equidad que necesariamente implica difíciles pero necesarios cambios y repartos de la riqueza y de los beneficios del progreso, cabría transmitir la terrible reflexión planteada por Tolstoi en boca de uno de sus personajes: "Me siento como un pesado fardo a la espalda de un pobre hombre. Lo consuelo y hago todo lo posible por aliviar su triste situación. Todo, menos bajarme de allí".

COMENTARIO A LA PONENCIA

EL MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LOS ANCIANOS JUBILADOS

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz.

Hoy con agrado participo en esta semana dedicada por la Comisión Americana Médico Social a diversos temas, entre ellos el Mejoramiento de los Programas de Salud dirigidos a grupos prioritarios. Quiero agradecer al doctor Norberto Treviño García Manzo que me haya invitado a comentar el trabajo elaborado por el doctor Manuel Barquín Calderón, doctora Lilia Macedo y doctora Dolores Ortiz de la Huerta, titulado "El mejoramiento integral de los ancianos jubilados".

El documento presentado se compone de tres partes, en la primera a la que yo llamaría "conceptual", los autores, en forma atinada presentan las bases ideológicas y prácticas de la atención integral al anciano jubilado, así hacen referencia a aspectos filosóficos, al hablar, por ejemplo, de felicidad; pero también, en forma afortunada, señalan, en otro orden de ideas, que el ser humano es un sistema termodinámico abierto en desequilibrio permanente, complementan esta parte con consideraciones históricas, médicas, demográficas y económicas. Salta a mi juicio en estas líneas el señalamiento de la insuficiencia del monto de las pensiones. Al respecto quisiera recordar que este es un problema generalizado, en el mes pasado, julio en Lima, Perú se dijo: "Unos 300,000 trabajadores jubilados dependen del Estado peruano para el pago de sus pensiones.

Reciben el equivalente de apenas 90 dólares mensuales como pago de sus contribuciones de por vida y el problema empeora año por año". En Montevideo, Uruguay en el mismo mes, al referirse a los aportes para las jubilaciones se expresó lo siguiente: "Economistas sostienen que si bien el sistema es financiado en parte por impuestos y aportes de los trabajadores, el causante aumento de los pasivos lo ha vuelto deficitario...". En el viejo continente, en la Gran Bretaña, el primer ministro John Mayor ha propuesto elevar la edad de jubilación para las mujeres a los 65 años, la misma que la de los hombres, a fin de reducir los costos de jubilaciones.

En otras palabras salta en esta primera parte del documento de Barquín y colaboradores el reconocimiento de las pensiones como un factor importante en el mejoramiento integral a las personas de tercera edad, independientemente de un sinnúmero de factores.

En la segunda parte del trabajo, se presentan los resultados iniciales de la investigación "Modelo asistencial docente y de investigación para la atención integral al anciano". La investigación cubre aspectos concretos con intereses reales y no en investigaciones academicistas, el trabajo se fundamenta en factores económicos, culturales, sociales y ecológicos; aunque el estudio abarcó a un grupo especial y los resultados y conclusiones únicamente se refieren al mismo, deja ver la necesidad de reforzar los mecanismos de protección social y económica para el grupo humano en referencia.

La tercera parte del escrito, compuesto por las "Recomendaciones", "La congruencia intrasectorial y coherencia extrasectorial" y "La participación de la seguridad social", es congruente con el resto del texto, expresa que a pesar de haber habido una inclusión importante en la política económica "El sistema de ahorro para el retiro", seguirá habiendo problemas; recomiendan los autores se modifiquen algunas normas jurídicas, hacen suyas además recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, al final del documento proponen "continuar investigando en este campo, para precisar las condiciones en que viven todos los ancianos". Al respecto debo decir que en este Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, la división de Medicina Social está por iniciar una investigación multicéntrica con la participación de varios países a la luz de las tendencias neoliberales.

Expreso nuevamente mis felicitaciones a los autores del tema, por su contenido, por la forma de expresarlo y por el mensaje que conlleva.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS Y DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS

Dr. Armando Valle González.

El doctor Manuel Velasco Suárez ha definido a la Bioética en los siguientes términos: "De bios-vida y ethos-ética (moral), como el tratado de los principios fundamentales de comportamiento humano que, para su ejercicio requiere de voluntad libre y cabal conciencia, para la preservación de la vida digna en todos sus aspectos, el respeto a la naturaleza y a los derechos humanos".

La Bioética es una disciplina relativamente nueva que tiene un campo de acción específico, metodología e incluso bibliografía propias. Como lo señala el doctor Velasco, la Bioética es un puente entre diversas disciplinas, como la medicina y la salud, biología, ecología, sociología, economía, administración pública, comunicación social, antropología, teología, derecho y filosofía. La Bioética tiene un relativo mayor desarrollo en Estados Unidos por el crecimiento explosivo de la investigación biomédica en aquel país, el interés creciente por los derechos civiles de los pacientes, mujeres y minorías raciales, en una sociedad caracterizada por su liberalismo político y culto al individualismo. También explican el florecimiento de esta disciplina, el legalismo excesivo que prevalece en Norteamérica, la crítica creciente al autoritarismo médico y la influencia de poderosos medios de comunicación.

Por lo que se refiere a nuestro país, gracias al dinamismo del doctor Velasco Suárez, fue creada la Comisión de Bioética del Consejo de Salubridad General e integrado por los siguientes comités de Bioética: salud pública y seguridad social; educación médica; ambiente y contaminación; cirugía, diagnóstico y comportamiento del cirujano; trasplantes e implantes y el abuso de estudios complementarios para el diagnóstico; bioética en animales y marco jurídico.

A lo largo de la conferencia, se analizan los principios de la Bioética, que es oportuno reiterar: **Autonomía, No maleficio, Beneficio y Justicia.** La autonomía se define como "la capacidad de gobernarse por sí mismo" y se refiere a la preeminencia de las decisiones de los pacientes y familiares en situaciones de dilemas médicos, principio que surgió como respuesta al autoritarismo médico que ha prevalecido durante muchos siglos. El doctor

Velasco acertadamente utiliza el término integridad, en lugar de autonomía siguiendo al doctor Edmund Pellegrino, por ser filosóficamente superior al referirse al "ser" más que al "tener", e incluir la integridad física, psicológica y axiológica de los seres humanos. La integridad no está limitada por la edad, estado de conciencia o dominio de las facultades mentales, que sí restringen la autonomía. La manifestación concreta del principio de autonomía-integridad es el consentimiento informado, hoy requisito indispensable en todo procedimiento de diagnóstico, tratamiento o investigación en seres humanos. Algunas desviaciones de este principio son el ocultamiento de información, manipulación o engaño.

El principio de autonomía ha tenido considerable desarrollo en Estados Unidos como mecanismo de protección contra las demandas legales.

Los principios de Beneficio, No maleficio, corresponden al aforismo antiguo de la profesión médica "primun non nocere". Estos principios pueden expresarse en enunciados negativos del deber, tales como: "no causar mal o daño", "no causar la muerte", "no causar sufrimiento" que corresponden al no maleficio; o en enunciados positivos como "prevenir mal o daño", "retirar el mal o daño", o "incrementar el bien", que corresponden al principio del beneficio.

Algunas situaciones médicas que ponen a prueba estos principios son las controversias entre dejar morir y causar la muerte, el soporte o suspensión del apoyo vital en pacientes terminales, tales como respiradores, hidratación, o alimentación parenteral y la diferencia entre los tratamientos opcionales, excesivos, indispensables o equivocados. Respecto al principio del beneficio existe la distinción entre el paternalismo duro que suplanta la voluntad del paciente por el beneficio real o supuesto que producen las decisiones de otra persona, y el paternalismo débil aplicable en ciertas situaciones. Según los expertos en Bioética la actuación de los profesionales de la medicina en relación a estos principios debe inspirarse en la mejor defensa posible de los intereses del paciente.

Respecto al principio de justicia que es preocupación central en la conferencia del doctor Velasco, puede comentarse que la literatura de Bioética en Estados Unidos no considera la justicia en términos filosóficos, sino sólo se refiere a los conceptos de equidad y de justicia distributiva, es decir la que norma las relaciones entre el gobierno y los individuos respecto a la

repartición de riquezas, honores y beneficios. En esta connotación específica, no se considera la justicia conmutativa que regula a las relaciones entre individuos.

El concepto de justicia varía según las distintas teorías. Los jurisconsultos romanos consideraban justo "dar a cada uno lo suyo", "tratar igual a los iguales" y la imposibilidad de "tratar igual a los desiguales".

Por su parte las teorías libertarias procedentes de los economistas clásicos, como Adam Smith y David Ricardo, se centran en la libertad económica, la propiedad privada y la supremacía de las fuerzas del mercado, que lo mismo producen la riqueza, que satisfacen las necesidades de los individuos. Según esta tesis, los derechos humanos individuales (a la vida, a la salud e integridad, a la libertad y a la propiedad), a través de un contrato social, logran el objetivo de la justicia social como bien común. Según las teorías libertarias, base de la economía liberal "no existe obligación de contribuir al bienestar de otros que no tienen derecho, excepto por la práctica de la caridad".

Las teorías igualitarias se originaron en la obra de Carlos Marx, quien de entrada hacía la crítica del Estado Capitalista como propiciador de mayor injusticia y proponía: "a cada uno debe exigírsele según su capacidad y debe dársele según su necesidad". Las teorías igualitarias del socialismo suave del siglo XIX, tuvieron considerable influencia en la aceptación de los derechos sociales y económicos entre los que se incluyó la seguridad social y la obligación del Estado de dar protección a la salud de todos los ciudadanos.

Las teorías utilitarias que surgieron de las obras de David Hume, Jeremy Bentham y John Stuart Mill, se expresan en el enunciado "el mayor bien o placer para el mayor número" y hoy gozan de considerable popularidad entre los planificadores de salud y seguridad social, muchos de los cuales, se dice, son utilitarios sin saberlo.

El doctor Velasco afirma, "la Seguridad Social sin ser dependiente, procede de la justicia y derechos humanos e identifica muchas de sus acciones con la moral del Estado de la cultura y organización de la sociedad". Cabe recordar: 1º Los derechos civiles y políticos comprenden: los derechos a la vida, a la salud e integridad física, a la libertad y a la propiedad; 2º Los derechos sociales, económicos y culturales, fruto de las

luchas del siglo XIX en beneficio de los obreros, que en conjunto el Estado debe garantizar, incluyen: el derecho al trabajo bien remunerado, subsidio de desempleo y jubilación; el derecho a la educación, a la vivienda digna y a la atención a la salud, entre los principales. A estos derechos podrían agregarse los llamados de "tercera generación", como el desarrollo sustentable, la protección del medio ambiente y los derechos transgeneracionales.

La Bioética por definición implica la existencia de un dilema o conflicto entre dos o más tesis morales para resolver un caso determinado. En la práctica médica existe un gran número de situaciones conflictivas de esta naturaleza que conforman otros tantos problemas bioéticos, verbigracia los relacionados a la manipulación genética, la reproducción humana, el soporte y suspensión de apoyo vital en enfermos terminales o descerebrados, trasplante de órganos, SIDA, bioética de la investigación y la atención de la salud como negocio, sólo por mencionar algunos ejemplos. Durante el XIX Curso Intensivo de Bioética, realizado por la Fundación Kennedy en la Universidad de Georgetown, Washington en junio pasado, se propusieron a los participantes más de 60 posibles temas bioéticos para discusión.

En un dilema bioético pueden estar involucrados en grados variables los principios de autonomía, beneficio-no maleficio y justicia; o bien sólo uno de estos principios, pero con la posible influencia de diversas corrientes teóricas. Los principios bioéticos o las teorías no son obligadamente excluyentes entre sí, sólo son perspectivas plurales de análisis. Por la complejidad que revisten las decisiones bioéticas y el relativismo de sus principios y teorías, no es posible que alguna posea la mayor rectitud moral, pero los expertos coinciden que el análisis metódico de estos dilemas, produce recomendaciones y decisiones que generalmente son aceptadas por los tribunales, cuando es el caso (Estado Unidos).

El maestro Velasco aborda el punto neurálgico de las correlaciones de la Bioética, los derechos humanos, la política sanitaria del Estado y la seguridad social. Se pronuncia decididamente a favor de los grupos prioritarios entre los que incluye a los derechohabientes de la seguridad social, campesinos indígenas, ancianos, mujeres gestantes y niños. Inspirado sin duda en un sentido igualitario de la Justicia, aconseja acciones selectivas del Estado a favor de estos grupos, en congruencia con la filosofía política del gobierno de nuestro país. Expresa algunas reservas acerca del enfoque utilitarista y de la tesis de John Rawls, influyente filósofo norteamericano, acerca del "mínimo decente" que el Estado debe proporcionar a los menos favorecidos.

El punto clave de la disertación del doctor Velasco es su preocupación igualar en el bienestar a los grupos más necesitados.

En los dilemas de la política sanitaria y la seguridad social, pueden estar involucrados todos los principios de la Bioética, pero lo está con mayor frecuencia el principio de la justicia. Estos dilemas se refieren principalmente a la génesis e instrumentación de políticas públicas, asignación de recursos escasos, uso de tecnología, cultura de dispendio y racionamiento de servicios.

En el proceso de formulación de políticas públicas, no suelen hacerse consideraciones bioéticas, pero una vez que aquellas se implantan, pueden tener consecuencias bioéticas, según el enfoque utilitarista. Diego García, al preguntarse **¿Qué es un sistema justo de salud?** analiza dos momentos, uno deontológico o de teorías éticas y otro teleológico o de las consecuencias. Dicho de otra manera, el enfoque de la ética y el enfoque de la economía. Según el autor, bajo la segunda perspectiva, el principal dilema a que se enfrentan los gobiernos es la asignación de recursos limitados para cubrir necesidades ilimitadas, lo que necesariamente desemboca en la pregunta: **¿Hay la obligación del Estado de atender con todos los recursos a todos los enfermos?** Señala que la política sanitaria puede ignorar el enfoque deontológico y considerar sólo el utilitarismo, pero la peor forma de injusticia, sería ignorar tanto la ética como la economía. La asignación de recursos se ha convertido por lo tanto en el principal problema de política social de los estados modernos. Asume dos variantes, una la **macroasignación** es la parte del gasto público que se destina a la atención de la salud respecto a otros sectores de la política social, como educación, empleo, vivienda digna, recreación, etcétera y la **microasignación** que significa la distribución interna del gasto en salud. En la microasignación surgen nuevos dilemas como los siguientes: **¿El gasto debe privilegiar el fomento de la salud y la prevención o bien la atención de los enfermos? ¿El gasto prioritario debe enfocarse a los grupos de mayor ingreso o a los pobres, al campo o a la ciudad?. Si se trata del gasto en atención médica, ¿se debe dar prioridad a los hospitales especializados o a las unidades de primer contacto o bien a las tecnologías de punta o a las tecnologías sencillas?. En el caso de la formación de personal para la salud ¿Debe darse preferencia a la formación de médicos especialistas o bien a las enfermeras y técnicos? y en la investigación en biomedicina ¿Dar prioridad a la investigación básica o a la investigación clínica o epidemiológica y en servicios de salud?.**

La respuesta a estas preguntas puede parecer sencilla a primera vista pero en realidad es compleja si se examinan las discrepancias entre el discurso político, las realidades y los hechos concretos de las buenas intenciones.

Un dilema bioético común es el que deriva del uso de tecnología onerosa. Los médicos de las instituciones presionan permanentemente en este sentido, por razones de genuino interés en los pacientes, por prestigio profesional o por interés personal.

En sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, influyen los propios pacientes y los poderosos medios de comunicación que incitan al uso de estas tecnologías, con base en el aforismo económico: "toda oferta genera su propia demanda".

El doctor Francisco Villardel informa que aproximadamente el 20% de todas las exploraciones sofisticadas de laboratorio y gabinete pueden no tener justificación, lo mismo que algunos procedimientos terapéuticos como la revascularización coronaria.

En las instituciones de salud y seguridad social de nuestro país hasta el 50% de los estudios radiológicos y de laboratorio pueden resultar normales, lo que sugiere largueza del personal que los solicita.

Para las instituciones, la cultura del dispendio y el incremento de los costos, se han convertido en un problema prioritario, de difícil solución que desemboca en un nuevo dilema bioético: el racionamiento de servicios. Se suele pensar que el racionamiento corresponde a la imposibilidad de practicar un trasplante cardíaco a los pacientes que lo necesitan o limitar el acceso a la tomografía computada. No obstante, otras formas de racionamiento más sutiles, pero más comunes, son las filas para obtener consulta externa, los tiempos de diferimiento, la escasez de medicamentos y materiales de curación en los servicios de un hospital, que puede coexistir irónicamente con su abundancia en los almacenes de la misma unidad.

La creación de la Comisión de Bioética del Consejo de Salubridad General y el dinamismo de su Secretario Ejecutivo, enriquecen las perspectivas de la seguridad social mexicana y abren nuevos espacios de reflexión y debate.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana e la Salud "Bioética, Temas y Perspectivas". Publicación científica Nº 527 O.P.S. U.M.S. Washington D.C. 1990.
2. Beauchamp T.L., Childress J.F. "Principles de Biomedical Ethics". Ed. Oxford Univ. Press. New York, E.U. 1989.
3. Kennedy Institute of ethics "Intensive Bioethics Course XIX". Georgetown University Washington D.C. (MIMEO) 6 - 12 junio 1993.
4. World Bank. "World Development Report. 1993. Investing in Health". Oxford. Univ. Press. New York, E.U. 1993.
5. Consejo de Salubridad General. "Acuerdo de Creación de la Comisión Nacional de Bioética". México, D.F. 30 marzo 1992.
6. Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Bioética. "Código Nacional de Bioética". Compilación Doctrinaria. México. 1993.
7. Velasco Suárez, Manuel. "Bioética y Medicina". Comisión Nacional de Bioética. (MIMEO). México, Junio 1993.
8. Velasco Suárez, Manuel. "Bioética como expresión del humanismo". Comisión Nacional de Bioética (MIMEO). México, Julio 1993.
9. Velasco Suárez, Manuel. "Consideraciones Bioéticas y Derechos Humanos en la Atención a Grupos Prioritarios". Comisión Americana Médico Social. Reunión Subregional. México 2 - 6 Agosto 1993.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

IDENTIFICACION DEL RIESGO EN LAS EMPRESAS

Dr. Fernando Calderón Ramírez de Aguilar.

1. INTRODUCCION.

En los diversos grupos que integran a la población, los trabajadores tienen una particular importancia; representan la fuerza productiva y por lo tanto, son la riqueza del país, base del desarrollo sostenible, que permitirá el mejoramiento del bienestar, así como de la calidad y estilo de vida de la población en general. La Salud en el Trabajo, en su concepto mas amplio, está relacionada con la compleja interacción de fenómenos que son capaces de alterar la salud de los trabajadores. La atención por esta materia se ha generalizado de manera creciente en los sectores involucrados con el proceso productivo, por tener una estrecha relación con la productividad y el desarrollo socioeconómico de los países.

Como introducción a este tema, deseo destacar la trascendente labor que en el campo de la Salud en el Trabajo ha desarrollado la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Desde su creación en el año de 1942, en su Declaración de Principios consideró la protección contra los riesgos sociales y profesionales y concedió jerarquía prioritaria a la prevención de dichos riesgos. Puede afirmarse además que, durante cinco décadas, la Conferencia y sus órganos de acción, como la Comisión Americana Médico Social, que ahora nos reúne han contribuido a destacar la importancia de la Salud de los Trabajadores, constituyéndola como parte esencial de sus Programas. La presente aportación, a partir de señalar los hechos relevantes acontecidos en la evolución de la Salud en el Trabajo, destaca la importancia que tiene el "enfoque de riesgo" en la protección de la Salud de los Trabajadores.

Desde antaño se conoce que el trabajo puede causar lesiones en los trabajadores. Múltiples contribuciones dan evidencia de esta aseveración. También hay que mencionar, con respecto a la salubridad y seguridad, que muchos ambientes de trabajo en la actualidad distan mucho de lo que era común encontrar hace apenas unas décadas; asimismo, se subraya que el trabajo promueve también la salud y el bienestar, da sentido de realización al individuo. Sin

embargo, los aspectos benéficos del trabajo no han sido tan documentados como los efectos indeseables que origina, como regla, los aspectos negativos se han enfatizado, debido a que son los que la población ha querido corregir. Muchos apoyan la idea de que promoviendo los aspectos positivos del trabajo, es posible reducir sus efectos negativos.

Las lesiones del trabajo en el sentido tradicional, están representadas por los accidentes y las enfermedades que se originan en el lugar de trabajo, derivados de las condiciones peligrosas y de las exposiciones nocivas que prevalecen. Como ampliación de la protección, en el caso de México y de algunos países latinoamericanos, se incluye también a los accidentes en trayecto o en "itinere". En el pasado, las estadísticas de estas lesiones en cualquier parte del mundo, eran dominadas siempre por este tipo de patología; ahora, en el caso de algunos países con legislaciones de avanzada, se ha modificado radicalmente esta situación, los riesgos de trabajo no solamente involucran a un limitado número de accidentes y enfermedades, su concepto ha adquirido un amplio significado, los riesgos a la salud han sido identificados como aquellos que contribuyen o ejercen alguna influencia en el curso de muchas patologías; de esta manera, se tienen nuevos tipos de riesgos a la salud de los trabajadores, ensanchándose el espectro de factores que alteran la salud y enriqueciendo el arsenal preventivo.

2. LOS RIESGOS EN EL TRABAJO.

Para los fines de esta presentación, en lugar de referirnos al "riesgo de las empresas", hablaremos de los "riesgos en el trabajo", por considerarse más adecuado, puesto que existe toda una tradición de muchos años, en los que se ha preconizado "el enfoque de riesgo" y además porque éstos se encuentran en el ambiente donde se trabaja, lo cual se lleva a cabo en muchos ámbitos y no solamente en las empresas, que representan a una negociación o establecimiento.

Desde la Primera Reunión del Comité Mixto OIT/OMS sobre la Salud en el Trabajo, celebrada del 28 de agosto al 2 de septiembre de 1950, se destacaron los aspectos preventivos de los riesgos en el trabajo como un principio básico de esta disciplina. Posteriormente, esta situación se confirmó

en el Convenio 161 y la Recomendación 171 de la OIT sobre los Servicios de Salud en el Trabajo, instrumentos internacionales que se adoptaron en el año de 1985. Por último, en abril de 1992, con motivo de la celebración de la Décima Primera Reunión del Comité Mixto OIT/OMS antes referido, a 42 años de distancia, nuevamente se ratifican los principios preventivos, basados en una primera instancia en la identificación de los riesgos en el trabajo, causantes de los accidentes y enfermedades de trabajo.

El término de "riesgo" se define como:

"La característica o circunstancia detectable en el individuo, la población o el ambiente, asociada a una mayor probabilidad de que ocurra un daño a la salud". (Glosario del Modelo Moderno de Atención a la Salud. IMSS 1993).

Con el propósito primordial de llevar a la práctica acciones preventivas de los riesgos en grupos prioritarios de trabajadores, se han desarrollado con gran interés en los últimos 10 años, métodos de evaluación integral, que según el consenso de expertos internacionales, están constituidos por las cuatro fases siguientes:

1. Identificación del riesgo.
2. Estimación de la exposición.
3. Evaluación de la dosis-respuesta.
4. Caracterización del riesgo.

La primera fase, relacionada con la identificación del riesgo, ha sido descrita como el proceso ordenado y sistematizado que permite determinar si la exposición a un agente produce un efecto adverso a la salud. Es un paso cualitativo que debe contestar la pregunta ¿Es éste en particular un riesgo para la salud?. La respuesta requiere de una gran número de procedimientos, que son organizados en las tres actividades básicas que caracterizan el concepto moderno para el ejercicio profesional de la Salud en el Trabajo:

1. LA VIGILANCIA DEL AMBIENTE DE TRABAJO.
2. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.
3. EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO.

Una exhaustiva descripción de los métodos de vigilancia que se utilizan en las dos primeras actividades, no es posible realizarla por la extensión que requiere y además no es el propósito de este trabajo; sin embargo, baste con mencionar que la vigilancia del medio ambiente de trabajo es una actividad continua que se lleva a cabo periódicamente con el propósito de identificar y evaluar los riesgos del lugar de trabajo que pueden afectar la salud.

Por su parte, la vigilancia de la situación de la Salud de los Trabajadores, es un componente fundamental de cualquier sistema de Salud en el Trabajo, que a partir de utilizar el método clínico en toda su extensión, da la opción para emplear otros métodos que enriquecen el conocimiento del proceso salud-enfermedad en las esferas física, mental y social, con los siguientes propósitos:

Primero, evaluar el estado general de salud en el individuo; segundo, identificar los riesgos que le son propios y tercero, determinar la capacidad de respuesta que tendrá ante la exposición a los riesgos del ambiente de trabajo. Un gran número de lineamientos para la práctica sistemática de ambas actividades de vigilancia han sido preparados en varios países e instituciones que sería muy largo enumerar; además, por estar sujetos a una revisión permanente, con frecuencia se modifican para su actualización.

En cuanto a la tercera actividad esencial, el establecimiento de un Programa Preventivo, tradicionalmente lo promueven las Instituciones de Seguridad Social, para que sea ejecutado por el empleador con la participación de todo el personal y de los organismos responsables que han sido creados en la legislación, como es el caso de los servicios de salud y de seguridad, así como las Comisiones Mixtas en esta materia.

De esta situación se desprende que, las buenas relaciones personal de las Instituciones de Seguridad Social con estos actores, son vitales para el desarrollo de la estrategia preventiva y para el logro de un impacto en la protección de la salud de los trabajadores. Lo mismo puede decirse de las relaciones inter e intrainstitucionales, en las cuales la coordinación es un requisito.

3. ACCIONES A NIVEL INSTITUCIONAL.

El Modelo Moderno de Atención a la Salud, elaborado por la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, otorga una especial relevancia a los riesgos que afectan a la salud de la población, que en el caso específico que nos ocupa, son los propios de los trabajadores y los del ambiente de trabajo a los que están expuestos; en ambos casos, los riesgos deben eliminarse, disminuirse o en su defecto controlarse.

De acuerdo con los objetivos y las políticas institucionales, así como el ámbito de competencia de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo y en concordancia con el Modelo Moderno de Atención a la Salud, se estableció el Plan Institucional para la Atención a la Salud de los Trabajadores, que pretende incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños, a través de realizar acciones en los procesos de su competencia, como son:

- La Vigilancia y Control Epidemiológico de los Riesgos de Trabajo.
- La Vigilancia y Control Epidemiológico de la Invalidez.
- La Prevención de Riesgos de Trabajo.
- La Prevención de los Daños a la Salud en el Trabajo.
- La Educación para la Salud Laboral.
- La Evaluación de Riesgos de Trabajo.
- La Evaluación de la Invalidez.

En estos procesos se sustentan los Programas Delegacionales, que están dirigidos a las poblaciones específicas y a grupos de riesgo alto; siendo extensivas al individuo, su ambiente de trabajo y su familia; enfocadas a los factores determinantes de tipo físico-químico, biológico, psicológico y en lo que corresponda a lo social. Con esta estrategia

se pretende dar respuesta a los retos actuales y a los que plantean las transformaciones de la modernización, como en el caso de las nuevas relaciones económicas y comerciales de los países que tendrán efecto en los trabajadores y en el trabajo, así como en el perfil epidemiológico de la salud de este importante grupo de la población.

En este contexto de cambio se requiere el desarrollo sostenido de los países, dentro de un grado de variación adecuado para los mismos, es también un requisito el fortalecimiento de las Instituciones Americanas de Seguridad Social y el otorgamiento de una Atención a la Salud de los Trabajadores, equitativa, con calidad total y calidez, así como eficiente y efectiva. Para ello, es indispensable poner en práctica programas preventivos más agresivos, complementados con la ejecución de proyectos de investigación y de formación de personal hacia la excelencia.

4. CONCLUSIONES.

- La Salud en el trabajo en la región americana evoluciona de acuerdo con las prácticas nacionales y las prioridades que cada país establece; sin embargo, requiere fortalecerse, por estar íntimamente asociada al desarrollo socioeconómico que es el medio para mejorar la calidad y el estilo de vida, así como la salud, tanto de los trabajadores como de sus familias.

- Los servicios que brindan las Instituciones de Seguridad Social en materia de Salud en el Trabajo deben estar dirigidos en primera instancia a los grupos prioritarios de trabajadores identificados tomando en cuenta el factor de riesgo ponderado, de acuerdo con el tipo y las características de la exposición que afrontan en su lugar de trabajo, la gravedad de los efectos que origina dicha exposición y el número de trabajadores expuesto.

- La infraestructura de Servicios de Salud en el Trabajo debe fortalecerse en los países de la región americana, pues existe mucha desigualdad y en algunos casos no corresponde con los problemas y necesidades reales de la población trabajadora. Tomando en cuenta el enfoque de riesgo, la investigación, la formación de personal multidisciplinario y la difusión de información, son acciones que deben intensificarse de manera urgente.

- En los Modelos de Atención a la Salud de los Trabajadores, la función de incrementar la salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños es esencial; su puesta en práctica beneficia de muy diversas maneras a los trabajadores y a sus familias, así como a las empresas y a las naciones.

- Por la estrecha relación que tienen los Programas de Salud en el Trabajo con la productividad, calidad, competitividad y por lo tanto con el desarrollo de los países, merecen una atención prioritaria en los Planes Gubernamentales y a nivel de las empresas.

- Tomando en cuenta la transición demográfica, económica y epidemiológica que se registra en América Latina, las Instituciones de Seguridad Social de la Región, están obligadas a incorporarse a esta dinámica con esquemas innovadores basados en los factores de riesgo, que enriquezcan los Programas de Atención a la Salud de los Trabajadores.

Muchas gracias.

COMENTARIO A LA PONENCIA

EL EXAMEN MEDICO PERIODICO Y EL ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO EN TRABAJADORES DE PETROLEOS MEXICANOS

Dr. Abraham Santacruz Romero.

Me permitiré en primer término, retomar el contexto ideológico en el que se fundamenta el desarrollo de este importante trabajo, cuando señala que la "ubicación de un sujeto dentro del proceso de producción, determina su lugar en la pirámide socioeconómica, su historial de salud enfermedad y a través de éste, su esperanza y su calidad de vida" y que además, "los riesgos para enfermar, se distribuyen desigualmente".

Lo anterior, se explica claramente bajo el enfoque filosófico del materialismo dialéctico y, en el ámbito de la salud pública, lo podremos referir a una profunda etapa de transición: demográfica, económica, política, cultural, educativa y epidemiológica.

Esta última, de algún modo, refleja el impacto de las otras y se traduce en un mosaico que define en nuestra población una clara desigualdad social ante la enfermedad y la muerte. Este patrón, característico de países como el nuestro, se denomina modelo prolongado y polarizado de la transición epidemiológica y nos permite entender por qué, el perfil epidemiológico de los trabajadores de Petróleos Mexicanos, incluye catorce entidades nosológicas en estudio, trece relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y sólo una de carácter transmisible, mientras que en la población general del país, especialmente la no derechohabiente de alguna institución de seguridad social, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, continúan siendo importantes causas de morbilidad y mortalidad.

Otro importante aspecto que quisiera subrayar, es el papel destacado del enfoque de riesgos como estrategia, lo que permitirá a este examen médico periódico, brindar una amplia perspectiva para la aplicación de una medicina integral, en la que la prevención primaria puede ser sustento fundamental, tanto para riesgos de tipo laboral, en los que se hace énfasis mediante la detección de discapacidades físico-funcionales frente al puesto de trabajo, como para otro tipo de riesgos.

A partir de 1960, la aplicación del enfoque de riesgos en el área clínica, de planeación y evaluación de servicios de salud, ha demostrado su utilidad, no obstante que algunos autores, como Rose; señalan entre sus desventajas, las dificultades y costo del tamizaje, su carácter paliativo y provisorio, no radical y un potencial predictivo limitado tanto para el individuo como para la población.

En un proyecto como el que hoy comentamos, es importante considerar estas limitaciones, ya que en los programas que de él se derivan, el de control de factores de riesgo y el de seguimiento y control de enfermos crónicos funcionales, deben realizarse actividades que realmente incidan sobre los factores de riesgo alto.

En el caso específico de la prueba piloto efectuada, los factores relacionados con el estilo de vida como dieta rica en carbohidratos (44%), sedentarismo (25.2%) y consumo de alcohol y tabaco (5%) requieren, además de programas bien estructurados de educación para la salud, la introducción de estrategias poblacionales que pretendan modificar normas sociales de comportamiento y que no dependen de una sola institución, ni siquiera del propio sistema nacional de salud, sino que repercuten también en el sector económico, véase industrias de alimentos, tabacalera y farmacéutica entre otras, así como el político y social.

No quisiera con esto, dar la imagen de que los estudios con enfoque de riesgo, son de poca utilidad, más de treinta años de aplicación, nos han permitido comprobar lo contrario.

Lo que pretendo hacer notar, es la extraordinaria necesidad de que los programas dirigidos a tamizaje periódico en poblaciones aparentemente sanas, se realicen con continuidad y calidad, con un particular énfasis en el estudio clínico integral de los individuos identificados con riesgo alto y un seguimiento permanente hasta la solución de su problemática de salud, tal y como lo plantea este examen médico periódico para los trabajadores de Petróleos Mexicanos.

Lo anterior permitirá, que cuando se requieran estrategias poblacionales para la eliminación o disminución de algún factor de riesgo se dé una respuesta nacional en la que intervengan los diferentes sectores involucrados.

Algo importante en todo programa de salud y especialmente en los de salud pública, es la relación costo-beneficio y no obstante que en este trabajo, no se cuantifican costos, se señalan necesidades de adecuación de áreas físicas, compra de equipo e instrumental, así como capacitación específica. Todo ello implica un gasto aparentemente importante a nivel institucional, pero retribuye por otra parte, valiosos resultados: eleva la calidad y esperanza de vida del trabajador, que dada su alta calificación y capacitación para el trabajo, no es fácilmente sustituible: al no considerarlo parte del activo fijo de la empresa, sino elemento fundamental de la misma, eleva su eficacia, calidad y rendimiento y aún más, mediante el estudio de discapacidades, permite la reubicación interna del personal, lo que da seguridad al trabajador y le permite desempeñar en forma óptima su potencial para el trabajo, a menor costo para la empresa.

Quiero enfatizar la importancia del personal de salud ejecutor de este tipo de acciones, que además de contar con la capacitación específica, debe tener la actitud favorable, fundamentada en la convicción de la utilidad y relevancia de su trabajo.

El estudio aleatorio de Burlington (Sackett y colaboradores) demostró ya, que no se requiere de personal altamente especializado, para obtener eficacia y confiabilidad clínica en un servicio de primer contacto, al comparar los resultados obtenidos en servicios atendidos por enfermeras especialistas en atención primaria, con otros similares atendidos por medio familiar. De tal manera, consideramos un acierto el incluir al personal de enfermería industrial previamente capacitado, como elemento fundamental en los procesos de identificación y control de riesgos.

En lo que se refiere al estudio de riesgos laborales, específicamente los relacionados con accidentes de trabajo, me atrevo a hacer la sugerencia de realizar estudios que permitan controlar ya sea en el diseño o en el análisis, factores que pueden hacernos pensar en asociaciones erróneas de causa efecto, de tal manera que al aseverar que la situación laboral transitoria es un factor de riesgo de accidentes en el trabajo, podamos diferenciar que lo es por sí mismo y no por estar asociado a falta de capacitación.

Por último, quiero señalar, que si aplicamos el Modelo Moderno de Atención a la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a esta enriquecedora experiencia del examen médico periódico y el estudio de factores de riesgo en trabajadores de Petróleos Mexi-

canos, podemos afirmar que cumple con la mayor parte de los atributos de nuestro modelo, ya que se dirige a una población específica y de riesgo alto, involucra al individuo y su ambiente laboral, pero además a su familia, desde el momento que pretende modificar estilos de vida para abatir factores determinantes de tipo biológico, psicológico y social.

Al tratar de aumentar la esperanza y calidad de vida de los trabajadores y minimizar los años potenciales de vida productiva perdidos, se dirige a mantener e incrementar la salud positiva utilizando además del tamizaje como principal táctica de intervención el fomento y educación para la salud.

Contempla la participación de los diferentes niveles, de acuerdo al esquema de referencia planteado, según identificación de riesgos y daños en los trabajadores.

La factibilidad de realizarse en la unidad médica de salud ocupacional, dentro de los propios centros de trabajo, se corroboró mediante la prueba piloto y se da en gran medida, por la utilización de tecnología apropiada, que agiliza y simplifica algunos de los procedimientos de tamizaje, tal es el caso de los espectrofotómetros de química seca.

Entre otros aspectos, la accesibilidad de los servicios, favorece que las acciones se realicen de manera constante y oportuna y el enfoque filosófico del proyecto, asegura en gran medida el nivel de calidez y humanismo que otorga a los trabajadores, las perspectivas de una amplia cobertura a corto plazo y los resultados obtenidos en la prueba piloto, nos permiten identificar su eficiencia y efectividad.

La calidad total, objetivo implícito de éste y me atrevería a decir que todos los proyectos de atención a la salud, es el reto y la perspectiva a mediano plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Arredondo A., Meléndez V.: Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México, 1992, enero-febrero 1992, Vol. 34, Nº 1. pp. 36-49.
2. Rose Geoffrey: Individuos enfermos y poblaciones enfermas. OPS. El desafío de la Epidemiología. Publicación científica, Nº 505. pp. 900-909.
3. Soberón A. J.: La gestión pública en salud, en reto de nuestro tiempo. Salud Pública de México, Suplemento 1992, Vol. 34. pp. 1-5.
4. Laguna G. J. Et Al: Equidad y salud. Salud Pública de México, Suplemento 1992, Vol. 34, pp. 9-15.
5. Martínez N. Gregorio: Cobertura de los servicios de salud pública. Salud Pública en México, Suplemento 1992, Vol. 34, pp. 16-28.
6. Ruelas B. E.: Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública de México, Suplemento 1992, Vol. 34, pp. 29-45.
7. Brachet M. Viviane: ¿Basta con sobrevivir?. Los retos de la integración de la salud y el bienestar en el tercer mundo. Salud Pública de México, Suplemento 1992, Vol. 34, pp. 65-73.
8. Frenk J.: Integración de la prestación de los servicios de salud. Salud Pública de México, Suplemento 1992, Vol. 34, pp. 85-104.
9. Sackett David L. Et Al.: Estudio aleatorio de Burlington de las enfermeras especialistas: resultados para la salud de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. El desafío de la epidemiología. Publicación Científica Nº 505, pp. 1007-1014.
10. Modelo Moderno de Atención a la Salud. Subdirección General Médica, Abril de 1993.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Lic. Yolanda Senties.

Los datos existentes sobre la salud en la adolescencia, fueron cuidadosamente recogidos y analizados en el trabajo del doctor Francisco Alarcón Navarro y reflejan la importancia creciente que merece la atención a este destacado grupo de población, que son los adolescentes.

Los diferentes aspectos que se comentan; el riesgo biopsicosocial, las características sexuales y reproductivas, la planificación familiar y la salud materno infantil nos presentan un marco adecuado, en donde podemos destacar:

1. La población adolescente ya no puede ser atendida con acciones aisladas, sino que deben de estar integrados al Programa Nacional de Desarrollo Económico y Social del país.
2. La atención a los problemas actuales de la juventud requieren importantes cambios, conservando los valores humanos y buscando insistentemente la justicia social y la igualdad, con una equitativa distribución de la riqueza.
3. La atención a la salud del adolescente no sólo corresponde al Sector Salud sino a la sociedad en su conjunto.
4. Situaciones de la sociedad actual contribuyen a crear problemas en el comportamiento de la población adolescente (que señala el autor de la ponencia) tales como: la doble moralidad entre los sexos en donde lo que se permite sexualmente para el hombre se restringe a la mujer, el contraste entre la dependencia en la infancia y la independencia y objetividad que se requieren en el hombre adulto llevan a la desorientación y a la rebeldía.
5. Datos como: el que la participación relativa de los adolescentes en la fecundidad general se ha incrementado así como el ejercicio sexual precoz.

La poca demanda de la atención oportuna a programas o el desconocimiento de los métodos y de la potencialidad fértil, el desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, la morbi-mortalidad de la madre adolescente. Muestran que la situación de la salud del adolescente no sólo representan un problema biológico, sino que requieren de una atención integral y que los problemas del adolescente no sólo son problemas de salud.

La Educación y la Formación tienen un papel muy importante. Por lo que hay que insistir desde los primeros años del educando, el respeto a los derechos humanos, reconociendo el valor del hombre y la mujer en forma igualitaria sin superioridades ni inferioridades, como base de un desarrollo sano de todo ser humano.

La información tiene un papel trascendente, información oportuna, clara en el lenguaje y en la forma que le llegue al adolescente así como en el lugar en donde se encuentra.

Los cambios de la sociedad actual que vive el adolescente requieren de leyes actualizadas por lo que son necesarias algunas reformas legislativas tanto a las leyes secundarias como a las estatales, tales como:

1. Homogeneizar la edad en las leyes para el reconocimiento de la adolescencia.
2. Señalar como edad mínima para el matrimonio la que sea acorde con el desarrollo biológico adecuado del hombre y la mujer que evite riesgos para su salud y para el niño en caso de embarazo.
3. Que se establezca como requisito indispensable para el matrimonio la orientación básica sobre el mejoramiento de la salud y la prevención de riesgos reproductivos.

Que se requiera como requisito indispensable la realización de la prueba VIH a cada presunto contrayente.

4. Que se actualicen y ajusten a la realidad de la mujer actual, en especial de la mujer trabajadora, los tiempos para atender mejor la etapa posparto y para garantizar la lactancia materna cuando menos los 4 primeros meses del niño. Tomando en consideración que las 2 etapas de 30 minutos concedidos por Ley al día para la lactancia materna no son hasta la fecha viables y que ese tiempo puede sumarse y aumentarse a los 60 días establecidos actualmente por la Ley.

Si bien son importantes las reformas legislativas de igual trascendencia son las acciones del sector público, social y privado. En caso del Sector Salud se puede distinguir que en los últimos años se ha fortalecido la coordinación institucional, que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha dado respuesta ampliando los servicios con mayor calidad y calidez y de bienestar para mejorar la salud del adolescente acercándose al joven en la fábrica y en el taller que en la atención materno infantil se ha mejorado.

Por lo que podemos afirmar que el Instituto Mexicano del Seguro Social está avanzando con paso firme en el mejoramiento de la atención de la salud en México.

COMENTARIO A LA PONENCIA

CIRUGIA EN GRUPOS PRIORITARIOS. LA EXPERIENCIA DE LAS CONVIVENCIAS QUIRURGICAS

Dr. Fernando Torres Valadez.

Antes de iniciar mi comentario quiero agradecer la deferencia de la que he sido objeto, por parte del doctor Norberto Treviño García Manzo, Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social y Presidente de esta importante reunión, al ser invitado para comentar el trabajo del doctor Alfredo Iñárritu Cervantes, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

Me voy a permitir aunque sea en forma breve de acuerdo al tiempo señalado, dividir el comentario en tres partes:

1. Antecedentes.
2. Análisis de la productividad.
3. Conclusiones.

ANTECEDENTES.

En el Plan Nacional de Desarrollo para el período 1988-94 se plantearon claramente los objetivos de modernización para el Estado Mexicano, uno de ellos, el 4º, se refirió a la consecución de "El mejoramiento productivo del nivel de vida de la población".

La estrategia establecida para la realización de dicho objetivo fue la atención a las demandas sociales prioritarias y dentro de estas demandas, la salud ocuparía en la presente administración, un lugar muy destacado.

En el desarrollo de las políticas y de las acciones generadas por dicha estrategia, se involucraron por convicción numerosas organizaciones oficiales y privadas. Para lograr el alcance de los objetivos señalados, de esta manera la Academia Mexicana de Cirugía tomó su parte en esta responsabilidad nacional a invitación directa del C. Secretario de Salud, doctor Jesús Kumate, e inició su participación en el Programa de Cirugía Extramuros desde el principio de la gestión.

ANALISIS DE LA PRODUCTIVIDAD.

En estos cuatro años como se señaló en el trabajo, la Academia ha participado en quince convivencias quirúrgicas, con las que se han beneficiado a grupos de población marginada de cinco Estados: Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y el Distrito Federal; entidades tradicionalmente identificadas con un alto índice de extrema carencia, por lo que no hay duda de que la selección en este sentido ha sido acertada y bien aceptada por la gente; esta aceptación se manifiesta por la creciente demanda de atención. Se efectuaron 1,972 intervenciones quirúrgicas a 1,820 personas: el tipo de cirugía fue electivo, registrándose un bajo índice de morbilidad y prácticamente nulo de mortalidad.

Los cirujanos que participaron en su gran mayoría fueron académicos, además médicos invitados que apoyaron a los primeros, sumando entre ambos un total de 78 quienes de manera altruista y abandonando sus intereses personales acudieron a la cita de las convivencias.

De acuerdo al trabajo, se cubrieron once especialidades con intervenciones quirúrgicas principalmente de tercer nivel o alta complejidad, destacando por su número la de oftalmología, la de cirugía reconstructiva, la de urología, la de ortopedia y la de cirugía general.

CONCLUSIONES.

La realización de las convivencias quirúrgicas llevadas a cabo por la Academia Mexicana de Cirugía, durante la presente administración y con apoyo de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud, son el resultado de una planeación gubernamental bien estructurada y del estudio cuidadoso del trabajo presentado, se pueden relacionar algunos de los beneficios más evidentes que estas convivencias han proporcionado, a la comunidad en general y a las unidades de salud que en ellas intervinieron en particular:

1. Beneficios directos a la población marginada a través de intervenciones quirúrgicas con alta tecnología y de tercer nivel, realizadas por especialistas altamente capacitados y con atención integral del problema: exámenes preoperatorios, valoración diagnóstica y de riesgos, la cirugía en sí, material quirúrgico, medicamentos, prótesis y la recuperación total postoperatoria; intervenciones practicadas

en hospitales y con recursos proporcionados por el Sistema Nacional de Salud; Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Fuerzas Armadas, etcétera, pero bajo la coordinación de la Academia Mexicana de Cirugía y con el apoyo directo de la Secretaría de Salud.

2. Beneficios para médicos, enfermeras, técnicos y para todo el equipo de salud local, ya que durante el desarrollo de cada convivencia que como su nombre lo sugiere, se convive y se intercambian conocimientos y conceptos con todo el personal favoreciendo su actualización en muchos aspectos.
3. Beneficios materiales directos para las unidades hospitalarias sedes del evento, ya que se les brindan todos los apoyos necesarios en forma oportuna para el buen funcionamiento de las áreas y de los servicios; exigiéndose a sí misma un buen programa de mantenimiento permanente y preparándose para la siguiente campaña.
4. Beneficios para la comunidad en general a través de los cursos paralelos, tendientes a la promoción de la salud como son:
 - A. El Curso Básico de Administración de Servicios, en el que de manera práctica y concreta se hace una orientación actualizada de los métodos tendientes al mejor aprovechamiento de los recursos destinados al sector salud en sus diferentes niveles.
 - B. El Curso de Mejoría de la Calidad de la Atención Médica el cual en sí es un curso de avanzada y que además de reforzar a la buena administración, orienta no sólo a prestar servicios de buena calidad, sino de que se hace énfasis en el sentido moderno de que la calidad en los servicios deberá de ser garantizada al usuario; repito este es un curso de vanguardia, en virtud de la cercanía de la vigencia de tratados y de la exigencia por parte de organismos internacionales, con los cuales México tiene signados compromisos como son: la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de garantizar esta calidad y poder armonizar con las políticas de salud generadas y aceptadas en los países desarrollados tendientes a la utilización adecuada de los recursos; aún más la acreditación

de nuestros hospitales ante los ojos de esos organismos, también será factible cuando la administración se realice satisfactoriamente y se garantice la calidad de los servicios.

C. Los Cursos de Control de la Reproducción, de organización de los servicios médicos en casos de desastre, de enfermería quirúrgica y de bioética por su importancia contribuyen de igual manera a la difusión de los conocimientos en estas áreas en los hospitales sedes.

5. Beneficios para la Academia Mexicana de Cirugía, pues se le han abierto horizontes de servicio que estaban latentes, por lo que en estas acciones se ha demostrado a sí misma y ha demostrado a la sociedad, que tiene inagotables capacidades para servir y para proyectar sus conocimientos a los diversos sectores que la requieran.

Todo lo anterior es una muestra de lo que se puede hacer con el trabajo en equipo entre el sector salud y los organismos médicos colegiados, con espíritu altruista y solidario para llevar a los sectores de población necesitados, una curación y un alivio, que quizá nunca hubiesen recibido sin la iniciativa de estos equipos.

Las anécdotas de pacientes agradecidos son numerosas, pero es fácil imaginar al ciudadano mexicano de la Mixteca que no habla español: ciego por catarata bilateral y que recupera el 100% de su visión después de la instalación de un lente intraocular decir en su lengua natal:

FUI CURADO EN "LA CAMPAÑA DE SOLIDARIDAD".

Por último, me permito felicitar al doctor Alfredo Iñárritu Cervantes, por la excelente presentación de hoy y por el trabajo realizado durante su período al frente de la Academia Mexicana de Cirugía, solicitándoles hacer extensiva esta respetuosa felicitación a todos los miembros de la Academia Mexicana de Cirugía, por esta labor en pro de la salud de los connacionales.

Agradezco, asimismo, una vez más la invitación del señor doctor Norberto Treviño García Manzo para hacer este comentario y a ustedes por su atención.

Muchas gracias.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

EL ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Dr. Eduardo Morales Sandoval.

Poder hacer un comentario de un tema tan importante como el que ahora nos ocupa, es tan difícil, que creo que mas difícil fue para nuestro ilustre colega, doctor Adolfo Aguirre B., poder plantearlo en tan poco tiempo y en una forma tan comprensible y tan lógicamente estructurada.

Es imposible comprender el entorno de nuestras instituciones, sin conocer someramente sus antecedentes, sus orígenes en el tiempo y el por qué de su evolución del planteamiento original de Bismarck en 1883 (110 años atrás) de un "Seguro Social amplio de enfermedad" a la conceptualización filosófica actual de la seguridad social en toda su magnificencia, como un instrumento de política social de los gobiernos de los países de América Latina.

Obviamente, en la medida que las instituciones de seguridad social van captando recursos de las clases trabajadoras de los países, van creando patrimonios económicos de peso que se constituyen, con el paso del tiempo, fieles de las balanzas de las políticas económicas y monetarias de los gobiernos. Estos recursos propios, deben ser canalizados racionalmente, en armonía con las políticas sociales de cada país, con el objeto que sirvan, como acertadamente menciona el doctor Aguirre "a paliar los efectos de las políticas económicas que causaron perjuicio a vastos sectores de la población" ya que las necesidades sociales son cada día mayores en nuestros países en desarrollo.

Adicionalmente podemos asentar la premisa de que el estancamiento, deterioro o crecimiento de la economía de un país, tiene y debe de reflejarse necesariamente en sus instituciones de seguridad social, cuando se trata de un crecimiento dirigido, programado y "Sano" de la economía y esto se refleja necesariamente en el mercado de trabajo y salarios, mejorando la cantidad de empleos y por lo tanto en una mayor captación de recursos económicos para ser revertidos en los beneficiarios de los sistemas.

¿Pero qué está sucediendo? ayer lo planteaba el licenciado Pablo Serrano Calvo de CEPAL, en su tema "Salud y transformación productiva con equidad" y confirmaba el doctor Luis Arcila en su comentario: "estamos siendo testigos de un fenómeno interesante, se está observando y reportando un crecimiento económico sin crecimiento del empleo".

El doctor Aguirre planteó claramente en su exposición, el entorno económico sigue siendo sombrío, caída de los precios de las materias primas exportables, obsolescencia de las infraestructuras productivas, crecimiento de las deudas interna y externa, balanzas de pago deficitarias, etcétera, etcétera, (devaluación de monedas, inflación, capacidad de pago y consumo, incremento de la pobreza, etcétera). Todo lo cual ya no debe impulsar a la adopción de medidas paliativas sino que a sentarnos, como ahora, a analizar, discutir y encarar el tema a profundidad, en búsqueda de soluciones. La problemática que se nos ha venido encima, determina menores ingresos en términos reales y absolutos y una mayor demanda de servicios, que nos llevarán, sino no ya algunos ya llegaron, a un desequilibrio financiero que puede ser mortal.

Adicionalmente, menciona el doctor Aguirre, en alguna manera se pretende en algunos casos adjudicar a la seguridad social participación y culpa en la génesis de la crisis económica, olvidando el papel histórico que se ha jugado, disminuyendo las presiones sociales desencadenadas por las políticas y modelos económicos que han sido, en algún momento adoptadas o inducidas en nuestros países en desarrollo.

Pareciera ser paradójico el hecho de que en alguna manera, los logros positivos de los programas de salud en la reducción de la mortalidad materno-infantil, mortalidad general y la sobrevida, ha venido a causar presiones financieras adicionales a los ya escasos recursos económicos de las instituciones, al tener mayor número de beneficiarios en demanda de servicios.

En resumen, en el entorno económico de los países en desarrollo la seguridad social ha jugado un papel histórico aún no reconocido y adicionalmente, las crisis han provocado situaciones que han permitido y deben hacerlo en forma permanente, reformular objetivos, metas y estrategias de solución. Deberá tenerse presente que si no se hace lo anterior con presteza, la seguridad social será arrastrada al caos.

Pareciera resaltar el hecho impostergable de que los gobiernos deberán redefinir su postura ante la seguridad social, ya que lo que no haga con su contribución tendrá que absorberlo como costo directo si no utiliza el instrumento de paz y seguridad social ya existente.

Otro entorno claramente destacado en la exposición anterior lo constituye la posición como países en desarrollo ante aquellos elementos que traspasando las fronteras y que conllevan un enfoque internacional a una dependencia de las llamadas globalizantes. Surgen los problemas con las integraciones de mercados, diferencias en los marcos legales, distintas legislaciones en los ámbitos laborales y de seguridad social, indicaciones de los organismos mundiales en cuanto a políticas sociales uniformes sin contemplar las diferencias propias de cada nación en cuanto a sus condicionantes internas (sociales, culturales, económicas, étnicas, grado de desarrollo, etétera) y por lo tanto el impacto de los procesos adquiere diferente magnitud de país a país.

Dentro de ese contexto, como lo menciona el doctor Aguirre, se llegó a considerar las "erogaciones de la seguridad social como un gasto a reducir y no como inversión en una mayor y más sana sociedad productiva".

Finalmente se manifiesta como el cambio hacia una economía de mercados, en donde sólo sobreviven los más capacitados, indefectiblemente se produce una acumulación y concentración de capitales, donde predominan las grandes empresas multinacionales, su incidencia en el nivel ocupacional, creando desempleo, subempleo, crecimiento de las economías "informales", aumentando los niveles de pobreza y por ende en falta de seguridad social en la sociedad.

Termino este comentario citando literalmente al expositor quien claramente manifiesta: "Es indudablemente que debidamente respaldada por políticas sociales acordes, la seguridad social puede constituir un instrumento atenuador y a su vez transformarse en un elemento de desarrollo económico y social".

Para terminar quiero reiterar mi felicitación al doctor Adolfo Aguirre B., por su brillante resumen del tema. El cual como él me mencionaba personalmente, no toca todo el entorno que hubiera querido analizar ya que hubiera sido necesario una reunión de trabajo sólo para tratar el tema y en algunos aspectos ya han sido mencionados y lo serán por otros expositores.

Muchas gracias.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

NUEVAS TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

Dr. José M^a Calderón.

La actual Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social tiene como tema central el "Mejoramiento de los Programas en Salud Dirigidos a Grupos Prioritarios". Este tema, como justamente ha señalado el Dr. Carranza Urriolagoitia, se plantea en términos de la necesidad de un análisis multidireccional de la seguridad social contemporánea en el continente americano en general y, de manera particular, en América Latina. El tema obliga a formular problemas de diverso orden, entre los cuales vale la pena destacar de inmediato los relacionados con los enfoques teóricos-prácticos de la seguridad social, en un momento en que se introducen nuevos planteamientos que obligan a reconsiderar el papel de lo público y lo privado en la seguridad social. Recordemos a este respecto que el año pasado, en Chile, se analizó el papel del Estado y de la iniciativa privada en la seguridad social.

Resulta casi obvio señalar la expansión de la seguridad social en prácticamente todos los países de la región de 1940 a 1980. El crecimiento de la medicina social fue simultáneo a la ampliación de las funciones del Estado y la consolidación del llamado capitalismo regulado estatalmente. Durante éstas cuatro décadas se avanzó en la estructuración de los sistemas integrados de seguridad social, en el desarrollo de regímenes contributivos y no contributivos y en la cobertura de personas protegidas de las áreas urbanas y rurales. El agotamiento del modelo de crecimiento económico-social centrado en el protagonismo del Estado como área privilegiada de producción y redistribución de la riqueza social, sentó las premisas para una transformación estructural. Esta transformación, en el campo específico de la seguridad social, íntimamente articulada con los cambios socio-económicos y con el nuevo papel que el Estado, la iniciativa privada y el resto de la sociedad están llamados a poner en práctica.

El problema de las transformaciones de la seguridad social en este nuevo contexto económico e institucional que vive América Latina en la última década, es de orden teórico y práctico. En

efecto, los cambios estructurales en el manejo de las finanzas públicas, las política de ajuste económico para el pago de la deuda externa, las orientaciones favorables a la privatización y los procesos de concentración de la riqueza en una escala apenas vista en los momentos más dramáticos de la historia del capitalismo, han tenido un impacto de largo plazo sobre poblaciones ahora más pobres, más numerosas y más demandantes y exigentes que hace apenas diez años.

En el campo teórico se ha intentado la construcción de nuevos modelos de seguridad social, teniendo como objetivos cardinales universalizar, descentralizar y desconcentrar los servicios de seguridad social. En términos prácticos se han ido conformando alternativas financieras inéditas, introducido reformas legales y reestructurado entidades administrativas con el fin de rearticular eficientemente los sistemas de seguridad social.

Los diversos países de América Latina están modificando sus servicios de seguridad social, de acuerdo con sus propias posibilidades, peculiaridades e historia. Existen, pues, especificidades en la forma en que cada nación del subcontinente está enfrentando el reto de adecuar y mejorar sus esquemas y modelos de seguridad social, no obstante las dramáticas circunstancias económicas y las inevitables tensiones y presiones de carácter político y social que cada una de ellas enfrenta.

Ahora bien, por encima de sus peculiaridades nacionales, encontramos algunos elementos en común hasta el punto de ir configurando una tendencia. A éstos se ha referido con precisión el doctor Carranza:

- 1) La articulación nacional de los sistemas de seguridad social.
- 2) Una redefinición del papel de los sectores público y privado en la conformación de los modelos de seguridad social, a través de reformas legales y económico-financieras.
- 3) Una redistribución administrativa y regional de las actividades médico-asistenciales, de prestaciones y servicios, así como de recaudación y control mediante la descentralización y la desconcentración.

- 4) Una revisión de los modelos teórico-operativos de salud en los cuales se subraya la atención primaria, el desarrollo de sistemas descentralizados a nivel local y regional y la búsqueda de fórmulas de fomento de la participación social comunitaria.

Los cambios en el ámbito de los programas de seguridad social aún en acto en los varios países de América Latina parecen pocos y de escasa estatura en proporción y al tamaño de los desafíos sociales y demográficos de la región: América Latina cuenta ahora con una población global de 450 millones de habitantes con tasas altas de crecimiento natural; en una década se elevó la banda de pobreza y miseria de la población latinoamericana, en particular de los niños, los jóvenes, los viejos y las mujeres; en el mismo lapso hubo un incremento espectacular de la desocupación involuntaria y estructural, una reducción de los ingresos por concepto del uso de la fuerza de trabajo y una aumento vertiginoso de la brecha entre los pocos que mucho tienen y los muchos que apenas si tienen.

Y, sin embargo, vistas a la distancia de pocos años las transformaciones saltan ya a la vista: el diseño de nuevos modelos teórico-prácticos, la revisión de los sistemas legales que abre nuevos espacios de acción, la incorporación de fuerzas sociales y económicas en las tareas de la seguridad social que antes resultaban ajenas a ellas y la búsqueda de nuevos esquemas de organización de las tareas médico-asistenciales y económico-administrativas.

Es probable que aún sea pronto para contar con resultados análogos a los esfuerzos invertidos.

Por lo pronto, ningún esquema por novedoso y abierto que sea y por flexible y prometente que resulte, tendrá éxito si no va acompañado de la profunda convicción de médicos y paramédicos, políticos y administradores públicos, empresarios y educadores, de que hoy la seguridad social no puede ser un paliativo para garantizar, en el corto plazo, la estabilidad social y política sino una inversión para el crecimiento económico y el desarrollo social de todas y cada una de las naciones de América Latina y del subcontinente en su conjunto, en el largo plazo.

A este respecto ningún esfuerzo será suficiente para otorgar a la educación y a la investigación en las áreas de la seguridad social, el rango estratégico que merecen. A colocar en el tapete de las urgencias esta problemática contribuyen, por un lado, la presencia de una sociedad nacional y continental cada vez más compleja que se modifica continuamente y con ella su perfil de morbilidad y, por el otro, los ritmos acelerados y con crecimiento exponencial del desarrollo científico y tecnológico. Ambas circunstancias obligan a una creciente especialización de tareas y funciones, a una atenta articulación de relaciones e intercambios y a una suma inteligente e imaginativa de iniciativas y recursos nacionales y regionales.

Por lo demás, para nadie resulta ya un secreto que la seguridad social es una sólida premisa para el crecimiento económico, el desarrollo social y la democracia política y éstas tres dimensiones son, a su vez, la piedra de toque de la autonomía de los estados y los prerequisites para alcanzar el bienestar de las naciones.

COMENTARIO A LA PONENCIA

REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Dr. Juan Manuel Sotelo.

El trabajo presentado por el doctor Armando Cordera Pastor no solo es provocativo sino bien estructurado y oportuno. ¡Felicitaciones doctor Cordera por el importante esfuerzo!.

El cambio es, tal vez, la característica que más destaca el autor: el mundo, más que nunca en su historia, ha sufrido cambios en los últimos años que repercuten en la vida de las naciones. La relación entre ellas es de una interdependencia cada vez mayor, tanto en aspectos económicos como en aspectos sociales. La crisis económica ha sido el precedente más importante de la crisis social actual en la que la salud es uno de sus componentes más seriamente afectados.

Pese a los logros, principalmente en la Región de las Américas, persisten serios problemas de salud relacionados con la pobreza y falta de saneamiento, al tiempo en que se incrementan los problemas y patologías del desarrollo, del excesivo consumo y de los estilos de vida adversos para la salud. En mayor o menor grado, los países de la Región viven esta ambivalente transición epidemiológica, donde nuevos problemas se suman a los antiguos que no han sido completamente solucionados.

El Anuario Mundial de Estadísticas en Salud, 1992, para la Región de las Américas, nos indica como avances más significativos: cobertura de vacunación (polio, DPT y sarampión); progreso en los indicadores de mortalidad, tasa de nacimiento y expectativa de vida; moderado aumento de cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento. La cobertura está lejos de ser satisfactoria en la mayoría de los países e incluso en algunos hay información reciente de disminución de esta cobertura. Existen altos niveles de desnutrición en niños y el bajo peso al nacer aún persiste.

Se identifican como obstáculos para mejorar la situación de salud: la reducción o no aumento de los recursos para desarrollar y operar los servicios de salud; la limitación de la inversión en saneamiento básico, reemplazo y mantenimiento de equipos; restricciones en la contratación, entrenamiento y retención del personal; la crisis económica ha afectado el bienestar de vastos segmentos de la población y contribuido a aumentar las disparidades.

El Siglo XXI se avecina implacable, señalándonos el límite de una meta de compromiso general: la de dotar de salud a toda la población. Para alcanzarla requerimos reformular nuestro actuar en salud, beneficiándonos de las experiencias positivas de los diferentes países --tal como lo enfatiza el doctor Cordera--, de los avances científicos logrados por la humanidad, del desarrollo tecnológico y de los ingentes recursos de la comunidad parcialmente utilizados.

A partir de un enfoque integral y reconociendo que la salud no está limitada por los servicios médicos, sino que tiene una relación positiva con el desarrollo socio-económico de las naciones, deberemos buscar la creación de condiciones básicas de bienestar, con un carácter de universalidad y de justicia social. Este esfuerzo de promoción de la salud, ligado a la democratización creciente de la sociedad civil, a su descentralización y a la delegación de poder hacia sus unidades vitales en el nivel local, debe basarse en la satisfacción con calidad de las necesidades básicas en materia de servicio, en la higiene y el saneamiento y en la educación de la población, fomentando crecientemente su participación de manera que cada individuo se sienta sujeto de la transformación e instrumento de la lucha por la salud.

Del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, del Banco Mundial, se destaca la interacción entre salud, política de salud y desarrollo económico. Asimismo, se señala la importancia del impacto de las finanzas públicas y de política también pública y promueve una política gubernamental con tres vectores: propiciar un ambiente económico que permita a los hogares mejorar su salud; que el gasto en salud debe redimensionarse hacia programas más costo-efectivos, que hagan más por ayudar a los pobres y, generar más diversidad y competencia en el financiamiento y prestación de servicios de salud. El Banco Mundial hace, pues, un llamado a la reforma en salud.

Es necesario redefinir el estilo de la intervención estatal, modernizando su capacidad para asumir en forma eficiente las funciones que le corresponden. Parecería que conviene concentrar las acciones del Estado en el fortalecimiento de una competitividad basada en la incorporación del progreso técnico y en la evolución hacia niveles más razonables de equidad. En este sentido, para asegurar estructuralmente la equidad, es preciso aumentar el grado de igualdad de oportunidades en los primeros años de vida de las personas, pues en ese tramo se define mayoritariamente la posibilidad de desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales de cada una. La salud se entiende, como en un

sentido amplio, en estrecha relación con la nutrición, con la provisión de servicios de agua potable y alcantarillado y la disminución de factores psicosociales que inciden en la reproducción de la pobreza.

Para optimizar la eficacia de las acciones del sector salud deben concurrir múltiples agentes. El objetivo del sistema de salud debe integrarse al objetivo central del Estado, operando en función del tipo de desarrollo expresado como meta nacional. En un modelo de desarrollo con equidad, el Estado procurará garantizar un piso básico de servicios para toda la población e intervenir directa o indirectamente en el control de los factores de riesgo. Estas responsabilidades se entrelazan con las del desarrollo en su conjunto y agentes públicos y privados deben asumir responsabilidades frente a la salud. El papel de la seguridad social para la atención de la salud, es de suma importancia y se encuentra claramente subutilizado.

En lo que respecta a seguridad social, existen en América Latina grandes diferencias entre países como Cuba, Brasil, Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y Panamá que cuentan con más del 60% de cobertura, frente a otros menos favorecidos en que ésta no supera el 25% de la población. La desigualdad de la cobertura se asocia a la diversidad de la estructura productiva, debido a que la mayor parte de la fuerza laboral de la Región está compuesta de trabajadores agrícolas, trabajadores por cuenta propia y familiares sin remuneración. Sólo unos pocos países han podido extender la cobertura más allá del sector urbano formal, ya sea por tener un sector rural moderno y sindicalizado o por el financiamiento de esa extensión por parte del sector urbano o del Estado mismo. Los sectores pobres, generalmente, quedan fuera de estos servicios por ser desempleados, trabajadores estacionales o familiares sin remuneración.

Lograr una mayor equidad significa ampliar la cobertura; es decir, un enorme esfuerzo financiero en situaciones en que la masa salarial de la mayoría de los países de la Región se redujo dramáticamente, arrastrando a la baja en las contribuciones reales, lo que significó a su vez que muchas instituciones de seguridad social cayeran en situaciones críticas.

La estructura del conjunto de las diferentes formas de los sistemas de seguridad social existentes --privados, públicos y formas mixtas--, responde en gran medida a la distribución del ingreso en las distintas sociedades. Las propuestas de privatización difícilmente solucionarán el problema de la universalización de

la cobertura, pues realizarlas en sociedades de nivel de desarrollo insuficiente, con una desigual distribución del ingreso, sólo consolidarían las disparidades existentes. La solución puede encontrarse más bien mediante formas mixtas y amplia participación ciudadana.

El autor hace mención a los directivos de salud en cada país, a su gran heterogeneidad y a la falta de carrera funcionaria que, aunque no aludida directamente, limita el progreso en salud. Finalmente, el doctor Cordera al referirse a los resultados de los diferentes sistemas de salud, señala "... que la población, cuando tenga la capacidad de juzgarnos, será implacable ...", para destacar que la valoración social es, pues, muy importante sea ésta expresada o contenida y que debemos siempre tratar de interpretarla.

COMENTARIO A LA PONENCIA

PARTICIPACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REESTRUCTURACION DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA

Dr. José A. Vázquez Saavedra.

Hemos escuchado con atención la ponencia del doctor Mario Pacheco Mena, sobre la participación de la Seguridad Social en el proceso de reestructuración del Sector Público y el propósito de que el Sector Salud sea más eficiente y más congruente con la realidad y el contexto socio-político actual.

En este sentido y con el fin de simplificar estos comentarios, se distinguen tres componentes fundamentales en el documento:

1. Antecedentes sobre el Avance y Desarrollo de un Sistema Nacional de Salud.
2. El Proceso de Reforma de este Sector.
3. El Proyecto de Reforma propiamente dicho.

Estas tres vertientes, configuran un propósito fundamental: la búsqueda de nuevos esquemas administrativos, financieros y operativos, a fin de poder enfrentar los retos que imponen los cambios socioeconómicos y culturales que universalmente aquejan a todas las naciones y que de manera más evidente, afectan nuestro ámbito latinoamericano.

En efecto, tal como lo expresa acertadamente el doctor Pacheco Mena, Costa Rica al igual que otras naciones del Continente, soporta los efectos de la recesión económica, el deterioro del poder adquisitivo de la población en todos sus niveles, los efectos de la transición epidemiológica, el incremento incontenible de los costos en la atención a la salud y los efectos de la patología social, como la farmacodependencia, el alcoholismo y la drogadicción, factores que condicionan e incrementan el tipo y volumen en la demanda de servicios, lo que obliga el último análisis a buscar soluciones socialmente aceptables, económicamente posibles que solo pueden fomentarse en un escenario de modernización y simplificación administrativa, que se sustente y fortalezca en la ya sólida tradición democrática costarricense del bienestar y desarrollo social para las mayorías, pero sobre todo para los grupos más vulnerables y rezagados.

Es en ese contexto y con este propósito, que se hace el intento de comentar el documento, buscando cuando esto es posible, analogías con los procesos e intentos de cambio, que se han propuesto y llevan a cabo en otras latitudes.

En este momento, es justo reconocer que los indicadores de salud que han sido mencionados, muestran valores muy satisfactorios; tal es el caso de la mortalidad infantil de 13.8 por 1,000 nacidos vivos registrados y la esperanza de vida en 76 años, cifras que acreditan el esfuerzo sostenido que los servicios de atención a la salud han llevado a cabo.

Esto indica que las decisiones políticas del pasado fueron correctas e indudablemente cumplidas, decisiones que como se ha informado, se iniciaron desde 1924, se fortalecieron en 1941 con el establecimiento de la Caja Costarricense de Seguridad Social y que en 1961, por Decreto Constitucional, extendió sus beneficios a toda la población. Estas acciones se complementaron en 1973, cuando se estableció en ese país un Sistema Nacional de Salud, en donde se da una distribución de funciones y responsabilidades con el propósito de articular fuertemente la salud al bienestar y desarrollo social, pero que tuvo como característica la obligatoriedad que se dio a la Caja Costarricense de Seguridad Social de otorgar toda la asistencia médica a la población de ese país.

Este panorama de logros evidentes y que alcanzó una cobertura del 65%, sufrió serias alteraciones a partir de 1980 cuando se hicieron más aparentes el deterioro de algunos indicadores de salud, las desigualdades sociales de carácter general y regional y la necesidad de ampliar la cobertura y eficiencia de los servicios.

Esta situación tuvo como resultado la búsqueda de nuevas políticas de salud orientadas a garantizar la rectoría del Estado, fortalecer el ministerio de salud, acelerar la desconcentración y descentralización administrativa, situaciones todas que en 1970 dieron origen a un Sistema Nacional de Salud, definido como el Conjunto de Instituciones del Sector Público y Privado para Procurar la Salud de Personas, Familias y Comunidades.

En este sentido y como resultado del análisis del proceso de desarrollo del Sector, se explican como necesarias las tres estrategias básicas, de Racionalización, Eficiencia y Democratización que animan y sustentan el Proyecto de Reforma, tema principal del documento presentado.

Esta Reforma, que incluye propuestas Institucionales, Operativas y Estructurales, llevan implícito el propósito de mejorar los servicios que se otorgan para hacerlos de superior calidad, efectividad y eficiencia.

Incluye múltiples acciones, todas trascendentales que manifiestan el deseo de renovación, actualización y modernización administrativa, financiera y operativa, cuya evolución y resultados seguramente imprimirán un sello distintivo a este proyecto.

Considero importante reiterar algunas de las acciones que se han planteado, la primera para "Fortalecer la Rectoría del Ministerio de Salud, es el eje fundamental y condición sine qua non para lograr un Sistema Nacional de Salud", el restablecer el carácter normativo, de evolución y control evitará dispendios y duplicidades e interferencia de funciones; el que el Ministerio de Salud se circunscriba además a la Promoción y el Fomento de la Salud, rescata inequívocamente la participación del Estado y aún le faculta a convenir con otras instancias el tipo de participación deseada.

Es también trascendente el propósito de "Readecuar el Modelo de Atención Médica"; en él seguramente se plasmarán los nuevos objetivos, políticas y estrategias que se pondrán en marcha en el mediano plazo. Es seguro que este modelo tenderá a desarrollar aún más la "Estrategia de Atención Primaria de la Salud" con su carácter integrado, multidisciplinario, escalonado por niveles de atención cada día más precisos y socialmente más aceptables, a un costo que la sociedad pueda sufragar sin menoscabo de la oportunidad, eficiencia y humanismo tan necesarios.

Al expresarse el deseo de nuevas modalidades de organización y administración, lo entendemos en la medida que los cambios socio-económico-culturales están presentes, lo que demanda nuevas expectativas y necesidades no totalmente satisfechas.

Esta propuesta, junto con la del fortalecimiento financiero del Sector Salud, coadyuvará al reforzamiento de la Caja Costarricense de Seguridad Social, tanto en el nivel regional y local, para que logre la Eficiencia Organizacional deseada, desconcentre y descentralice más sus funciones en la búsqueda de soluciones, en el nivel local en donde las instituciones dimensionan con más exactitud los problemas y dan soluciones congruentes, coherentes y factibles conjuntamente con la comunidad a la que se atiende; todo esto sustentando debidamente en los propósitos de Solidaridad, Unidad, Universalidad, Igualdad y Equidad, que demanda en su conjunto la sociedad.

Seguramente, el proyecto incluirá el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud como estrategia complementaria que apoye el deseo universal de "Salud para Todos en el Año 2000", buscando no sólo el equilibrio financiero a través de otras alternativas de financiamiento que se pueden sumar a las tradicionales, tomando en cuenta no solamente los parámetros económicos tradicionales de costo-beneficio y costo-efectividad, que no lograrán la salud y el bienestar social de la población, si no llevan impresa la calidez de los servicios entendida ésta como resultado de la responsabilidad profesional, social y moral de los elementos que interactúan en el Sistema.

Ante este esfuerzo y propósito aquí manifestado, uno mi felicitación y deseo de logros y éxitos en el futuro.

Gracias.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

IMPACTO DE LA APERTURA COMERCIAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. José Chanes Nieto.

La seguridad social aparece con mayor fuerza en nuestros días, como una fortaleza sitiada. Fortaleza por ser instrumento de justicia, de tranquilidad, de paz y de sobrevivencia de la esperanza social. Este baluarte está asediado por la incomprensión de quienes, también beneficiados por ella al constituir una garantía para sus inversiones, desean quede a cargo de la sociedad o de aquellos que directamente la disfrutaban. En la reciente reunión del grupo de los siete, Japón propuso a los países desarrollados la reducción radical del gasto social y recortar los subsidios a desempleados. También recomendó disminuir aún más los servicios de atención a la salud y hacer que su costo sea sufragado en su casi totalidad por quienes lo requieran. Pero igualmente éstos, particularmente en tiempos de crisis o de cambios, incrementan sus demandas de trabajo, vivienda, educación, salud, en suma, exigen la plena vigencia de los derechos humanos individuales, sociales, políticos, económicos y administrativos.

"Las tendencias económicas actuales", que no han podido ser desvinculadas de la política, se están revisando. El Fondo Monetario Internacional ha reconocido que "el dinero no es todo en la vida" (El Financiero, 27 de mayo de 1993). Los indicadores en uso -producto nacional bruto, ingreso per cápita, balanza de pagos, etcétera- están siendo sustituidos por otros que consideran la calidad de vida y la satisfacción producida en las personas. El ponente lo señala con precisión: "La política social es... la preocupación pública de la sociedad por contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos... La subsistencia de condiciones de desigualdad de oportunidades y de marginación son problemas que la política social debe atacar y eliminar".

No obstante, la crisis, entendida en su acepción de escasez y carestía, se ha enseñoreado de las preocupaciones actuales. Su dimensión económica ha privado sobre la social y la política; resolverla en aquél ámbito, el económico, es su fin, olvidando que la economía está al servicio del ser humano, de sus derechos, a cuyo disfrute debe colaborar.

Desde los centros hegemónicos de las finanzas mundiales, como muestra de la internacionalización, se definen las directivas a seguir por los gobiernos, supeditados a ellas por la deuda o la necesidad de recursos, bienes o técnicas externas.

Así se les ha impuesto la austeridad, la desincorporación de instituciones públicas y el ajuste al gasto público, principalmente el social, con la consiguiente disminución cuantitativa y cualitativa en la calidad de vida, en las posibilidades de efectivo ejercicio de los derechos humanos, cada vez más dentro del catálogo de las buenas intenciones.

El ajuste en el gasto público ha conducido a exigencias crecientes de la población y los gobiernos a cambio sólo pueden ofrecer resultados decrecientes. Consecuentemente las tensiones sociales han aumentado al igual que el descrédito de los gobiernos. Los calificados como neoliberales han tenido graves problemas y algunos de sus titulares han sido defenestrados (Margaret Thatcher, Bush, los primeros ministros de Canadá y de Japón, Carlos Andrés Pérez) o han perdido de la mayoría como Felipe González y Mitterrand. En los ex-países socialistas el único mercado funcionando es el mercado negro de divisas y el único abierto es el de la prostitución.

El Fondo Monetario Internacional, a la pregunta ¿Qué actuaciones de política han emprendido en efecto los países para racionalizar los gastos públicos en el contexto de los programas de ajuste, apoyados por el Fondo? respondió: "Casi en el 90% de los 78 programas estudiados... contenían recomendaciones específicas o generales para recortar los gastos ordinarios. Aproximadamente dos tercios de ellos exigían recortes en los gastos de capital y endeudamiento neto del gobierno... Casi los dos tercios de los programas necesitaban un mejoramiento en la administración del gasto y políticas para limitar el crecimiento de subsidios y salarios... Para limitar los aumentos en salarios del gobierno, las autoridades han congelado o pospuesto los ajustes de escala salarial, manteniendo los incrementos nominales en los salarios por debajo de la tasa de inflación, reduciendo prestaciones suplementarias (por ejemplo de derechos de vivienda) y, en varios casos, disminuyendo los salarios nominales... Los gobiernos han congelado y ocasionalmente disminuido el empleo en el sector público... Las políticas para disminuir los subsidios presupuestarios han sido pues componente común de los programas de ajuste apoyados por el Fondo. A menudo, los países se han comprometido a aumentar los precios de productos específicos o de servicios básicos dentro de un período dado, estableciendo mecanismos para asegurar que las variaciones en los precios en el mercado mundial

o en los tipos de cambio pasen prontamente a los productores o consumidores... Por último, en algunos programas apoyados por el Fondo, los gobiernos han cerrado empresas públicas no rentables o han buscado venderlas a compradores privados... En muchos países se han reducido los desembolsos en prestaciones complementarias por debajo del mínimo compatible con el rendimiento de la explotación". (Heller, Peter S. **El análisis y el ajuste del gasto público en los países menos desarrollados**, Finanzas y Desarrollo, vol. 22, núm. 2, Washington, junio de 1985, p 5.

La recetas del Fondo Monetario Internacional, hasta ahora, han debilitado a las democracias, frágiles de por sí, de los países obligados a seguirlas. Los ajustes han producido un incremento en el desempleo, una reducción en el poder adquisitivo de la mayoría, un decrecimiento de los servicios públicos y una insatisfacción de las necesidades primarias, alejando el derecho al trabajo, a la protección de la salud, a una vivienda digna y decorosa, en suma, al mejoramiento en la calidad de la vida.

Así, ha aumentado la pobreza de aquellos que desde antaño la sufrían y el número de quienes han visto disminuir su nivel de vida. Al ajuste en el gasto ha seguido el ajuste en los derechos humanos.

La justificación es que se trata de una medicina amarga pero necesaria, la única para curar la crisis. Al "adelgazamiento" de la administración, no en lo que ésta tiene de exceso en personal, trámites, erogaciones, controles o normas injustificadas, sino en su capacidad de actuación para establecer las condiciones indispensables para el ejercicio de los derechos individuales y sociales, se sigue el debilitamiento de los derechos. La desnutrición está generalizada en los países en desarrollo y lo mismo ocurre con los efectos socioeconómicos del hambre. "Más allá de obvias consideraciones humanas, afirma Alan Berg del Banco Mundial, la desnutrición afecta la productividad laboral, la motivación y los niveles de actividad y la capacidad de aprendizaje de los niños y con ello, el bienestar y capacidad de ingreso de los pobres". Por esto, sin consideraciones humanitarias, concibe a los programas de nutrición de dicho Banco como "una inversión en la consolidación de activos productivos, -capacidad física y mental- de los pobres", añadiendo que "por lo demás, tales programas están vinculados con las condiciones de salud, tasas de mortalidad y fecundidad". (Berg, Alan.) El mejoramiento de la nutrición: la experiencia del Banco, Finanzas y Desarrollo, vol. 22, núm. 2, Washington, junio de 1985. p 32).

En la concepción de los derechos sociales del Banco Mundial imperan los criterios económicos y técnicos sobre los humanitarios; se respetan en la medida que imperativos económicos y técnicos pongan de relieve su conveniencia para lograr "activos productivos": un trabajador sano, descansado, nutrido, capacitado, laborando en condiciones de seguridad y disponiendo de vivienda decorosa es más productivo, por lo tanto, hay que apoyar el derecho a la protección de la salud, a la vivienda, a la capacitación, a la seguridad en el trabajo especialmente si quedan a cargo de la comunidad, en lugar del empresario. Son criterios de productividad, de lucro, no de función social del capital, de solidaridad o de equidad, los propiciadores de estos derechos.

La lucha por la supervivencia de la esclavitud desapareció cuando los antiguos esclavistas -convertidos en patronos en lugar de amos- descubrieron que había menos riesgo para su inversión en "recursos humanos", sustituyendo a los esclavos por "obreros libres", a quienes adquieren por un salario, sin ocuparse de su salud, habitación, alimentación, vestido y vida, lo que sí debían hacer con el esclavo, para no perder su inversión.

Parece, en consecuencia, que mientras imperativos económicos y técnicos no vengan en auxilio de los derechos humanos, su vigencia será precaria o nula. Pero también se corre el riesgo que esos mismos imperativos vengan a menguarlos cuando se consideren un freno para su realización.

Hasta hoy, en los individuos más pobres ha recaído la carga del ajuste; también en los países menos desarrollados el peso es mayor. Esta desproporción ha existido por muchos años, y cuando se habla de un nuevo orden económico, interno e internacional, se está exigiendo un ajuste, pero equitativo. Los esfuerzos humanos no han podido impedir que quienes detentan mayores bienes económicos, culturales o técnicos, se impongan a los que carecen de ellos, ésto, que sucede entre los individuos, también ocurre entre las naciones.

Ajustar, entre sus significaciones, tiene la de "conformar uno su opinión, su voluntad o su gusto con el de otro"; normalmente, el débil se "ajusta" al fuerte.

Por ello, los miembros de estas comunidades, el individuo en la nacional y los países en la internacional, deben disponer de condiciones que les permitan realizar los valores que han decidido.

No obstante, la economía y la política de las potencias hegemónicas, de los grupos de poder económico que actúan a través de ellas, acusan una tendencia a totalizar las relaciones internacionales. Esta internacionalización del poder pugna por hacer homogéneas las demandas y soluciones en todo el mundo, para imponer pautas de producción y de consumo, modelos políticos y expresiones culturales. Por supuesto esta uniformidad, que como su nombre lo indica es unicidad en la forma, no busca favorecer los niveles de desarrollo, el disfrute de su beneficio como condición de efectividad de los derechos humanos. Pretende únicamente que los países dominados complementen, subsidien o paguen la economía de las potencias, perpetuando así las condiciones de dominio.

El comercio internacional, organizado en función de los intereses de las potencias, tiende a que los restantes países produzcan materias primas suficientes y baratas para ellas, a cambio de productos manufacturados en las condiciones impuestas por las mismas. Este intercambio desigual produce a muy corto plazo la descapitalización de los países pobres; éstos, así, son obligados a recurrir al crédito externo y a favorecer la aparición de nuevas condiciones de dominio. Además los procesos de industrialización y modernización hacen indispensable acudir en demanda de maquinaria y técnicas a los países avanzados, que las proporcionan en la medida conveniente para prolongar su hegemonía.

Los efectos más notables para los países pobres, de esta relación desigual con las potencias, son la extranjerización de su economía y cultura, el condicionamiento de las decisiones políticas y el diferimiento de las demandas sociales. De tal manera, se produce el estancamiento y aún el retroceso; los países empobrecen todavía más y se prolonga, también por factores internos, la marginación social y regional, porque el modelo económico y la fuga de recursos que impone, dificultan la distribución de la riqueza producida en vastos núcleos humanos y en todas las regiones de los países.

La historia demuestra que la mejor defensa de la soberanía, la más eficaz forma de contrarrestar y suprimir la dependencia para establecer una interdependencia equitativa entre las naciones, es el esfuerzo conjunto de los nacionales, con miras a alcanzar los objetivos fundamentales que han decidido libremente, y a vencer las fuerzas vinculadas a intereses internos o externos que se les oponen.

Al lado de la unidad nacional, se requiere la solidaridad de los países para enfrentar unidos la tendencia hegemónica de las naciones desarrolladas. Con ello podrán preservar su fisonomía y sus derechos nacionales.

Asegurar la independencia política, económica y cultural de los países es condición para el ejercicio de los derechos humanos. Nada importa la magnitud de los poderes que nos asedian, cuando se cuenta "con la dignidad y la soberanía de una Nación", como dijera entre nosotros el presidente Cárdenas al expropiar las compañías petroleras. Es la voluntad digna y soberana de los pueblos la que respalda su independencia y asegura sus derechos.

Fuerzas internas o externas pueden despojarnos, pero como quería Juárez, nunca deberíamos renunciar al derecho a la reivindicación: "Malo sería dejarnos desarmar por una fuerza superior; pero sería pésimo desarmar a nuestros hijos privándolos de un buen derecho, que más valientes, más patriotas y sufridos que nosotros, lo harían valer y sabrían reivindicarlo algún día".

Dante señaló que a la entrada del infierno se leía "perded la esperanza". No estamos ante el infierno, por más que a menudo así se considere el ciudadano frente a la crisis. Por el contrario, reuniones como ésta, gracias al intercambio de ideas y experiencias, así como al diálogo fecundo propiciado, permiten augurar una más amplia comprensión y solidaridad entre los individuos y las naciones.

En este encuentro hemos sido invitados a reencontrar la esperanza y actuar unidos por la paz y la fraternidad, por la libertad y la dignidad de todos los humanos, de todos los países.

COMENTARIO A LA PONENCIA

¿ES REALMENTE EL MODELO TEORICO-MEDICO DEL I.S.S.S.T.E. EL PARADIGMA DE LA REALIDAD INSTITUCIONAL?

Dr. Enrique Parra.

- En primer término quisiera agradecer al doctor Norberto Treviño García Manzo, en su calidad de Presidente de la Comisión Americana Médico Social, para participar en esta reunión comentando la ponencia que ha presentado el coordinador de asesores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; doctor Iram Ramírez Tena.

El título de la ponencia mencionada, es una interrogante a la cual me voy a permitir dar respuesta posteriormente.

Indudablemente que el trabajo del doctor Ramírez Tena tiene el mérito de habernos sintetizado en pocos minutos, la historia y evolución de los servicios médicos que otorga el ISSSTE, desde el 12 de agosto de 1925 hasta nuestros días.

El doctor Ramírez Tena nos remonta en el devenir histórico, de la transformación de la otrora Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro hasta lo que actualmente representa una de las instituciones más sólidas de seguridad social de nuestro país.

Esta recopilación de datos tiene gran mérito pues son fundamentales en la toma de decisiones para el futuro inmediato; así, nos recuerda los aspectos de regionalización, niveles de atención médica, indicadores y aspectos económicos; lo cual no es diferente de lo que ocurre en otras instituciones de salud. También hace mención de la demanda detectada en cuanto a personas de tercera edad lo cual, además de ser un acierto, la solución a sus problemas debe abordarse en forma holística.

En las gráficas expuestas -entre otras- nos presentó cifras correspondientes a la "demanda satisfecha", faltaría investigar la "demanda insatisfecha" para así comprobar o desaprobatar el impacto de los programas específicos; pues llama la atención la variación, a veces en aumento, otras en decremento de ciertos servicios que también requieren de un análisis más profundo para

asegurar que se está en buen rumbo; pues sería engañoso planificar acciones en base de satisfacer únicamente las necesidades del experto, ignorando las necesidades sentidas y no expresadas, así como las necesidades sentidas o demandas de los usuarios de estos servicios.

La sabiduría oriental, en uno de sus conocidos proverbios nos dice "Para podernos entender, hay que empezar primero por definir términos". Traigo esto a colación porque hablar de modelos hoy en día es muy común; sin embargo es prudente recordar que la definición de modelo "es la representación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica"; se les ha clasificado en los de Réplica, los de Teorías, los Fáctico-Formales, los Formales-Fácticos y los Modelos Matemáticos.

El construir modelos de servicios de salud es un proceso creativo que parte de un sólido conocimiento de la totalidad del sistema y de cada una de sus partes.

Su diseño se hace empíricamente, señalando los elementos importantes; los cuales tienen un alto grado de abstracción, identificando las leyes o teorías que gobiernan su conducta, así como sus funciones e interacciones básicas, lo que permite integrarlos en forma ordenada cuidando mantener su comparación con la realidad.

En el campo de la salud, entre los modelos más conocidos se encuentran los de: A. Donabedian, Deniston y Colaboradores, el de W. Degynt, el de Bárbara Starfield, el de D. Whithe y el de A. Cordera; cuyo común denominador es el de satisfacer necesidades sociales, tanto de los usuarios, de los prestadores de servicios, así como las necesidades de las autoridades.

Sería conveniente que en el nuevo modelo de atención médica que plantea el doctor Ramírez Tena tenga en cuenta los cambios que están ocurriendo en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", lo cual es bien conocido de todos.

Esperando que esta reestructuración dé cabal respuesta a la suma de los diagnósticos situacionales de las unidades de primer y segundo niveles por lo que sería deseable se recurriera a un modelo totalizador de servicios médicos que parta del diagnóstico situacional de cada una de las unidades de atención médica.

Por otra parte debe contemplarse el modelo a la luz de la nueva economía, neoliberal que se está viviendo.

Por lo que mucho me temo que mi respuesta al tema titulado "¿Es realmente el modelo teórico-médico del ISSSTE el paradigma de la realidad institucional" sea negativa.

Para terminar, agradezco a los asistentes su atención y reafirmar que la División de Medicina Social de este Centro de Estudios está abierto a colaborar en cualquier iniciativa que tenga como propósito mejorar los sistemas de atención médica.

COMENTARIOS A LA PONENCIA
IMPACTO DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO
EN LA ATENCION A LA SALUD

Dr. Rafael Lozano A.

En el umbral del próximo milenio el mundo está viviendo importantes cambios y modificaciones. La terminación de la guerra fría y la transformación del conflicto este-oeste; la globalización de la economía mundial y la participación de los países en desarrollo en la economía de mercado a nivel internacional; la introducción paulatina a la industria y a los servicios de la biotecnología y de la ingeniería genética; la disminución del proteccionismo del Estado y el paso a la responsabilidad social; son entre otros, ejemplos del tránsito del viejo al nuevo mundo del próximo siglo.

Frente a estos importantes signos de innovación y cambio permanecen otros de estancamiento e incluso de regresión. El mundo sigue dividido por marcadas diferencias, con una alta proporción de pobreza, inequidades y deterioro ecológico.

Lo efectos de la desigualdad social se diseminan a los cuatro puntos cardinales del planeta. Mientras una quinta parte de los habitantes del mundo (mil millones) goza de oportunidades vitales cada vez mayores, tres mil millones más aspiran a superar la penuria para aumentar su capacidad de elegir y mil millones tienen como único futuro la mera sobrevivencia.

Para hacer frente a este serio conflicto económico y social se han establecido dos estrategias fundamentales: por un lado a generar mecanismos redistributivos que busquen compensar a los grupos de población más necesitados a través de la satisfacción directa de las necesidades básicas insatisfechas o a través de aumentar las oportunidades para que la misma población pueda acceder a los satisfactores sociales; y por otro, a reducir los efectos negativos de la producción, del consumo y del crecimiento demográfico sobre el medio ambiente.

De estas propuestas se traduce una nueva ética del desarrollo social que concede máxima prioridad a los más vulnerables y al medio ambiente, que reconoce a la equidad como algo más que un valor moral y que confiere a las desigualdades sociales extremas el papel de freno en el crecimiento económico.

En el marco de este panorama es que debe ser analizado el más importante acuerdo comercial de la historia del nuevo bloque norteamericano. Al mismo tiempo que permite reflexionar sobre las características más generales que le dieron origen, facilita el entendimiento de sus repercusiones en diferentes sectores de la sociedad.

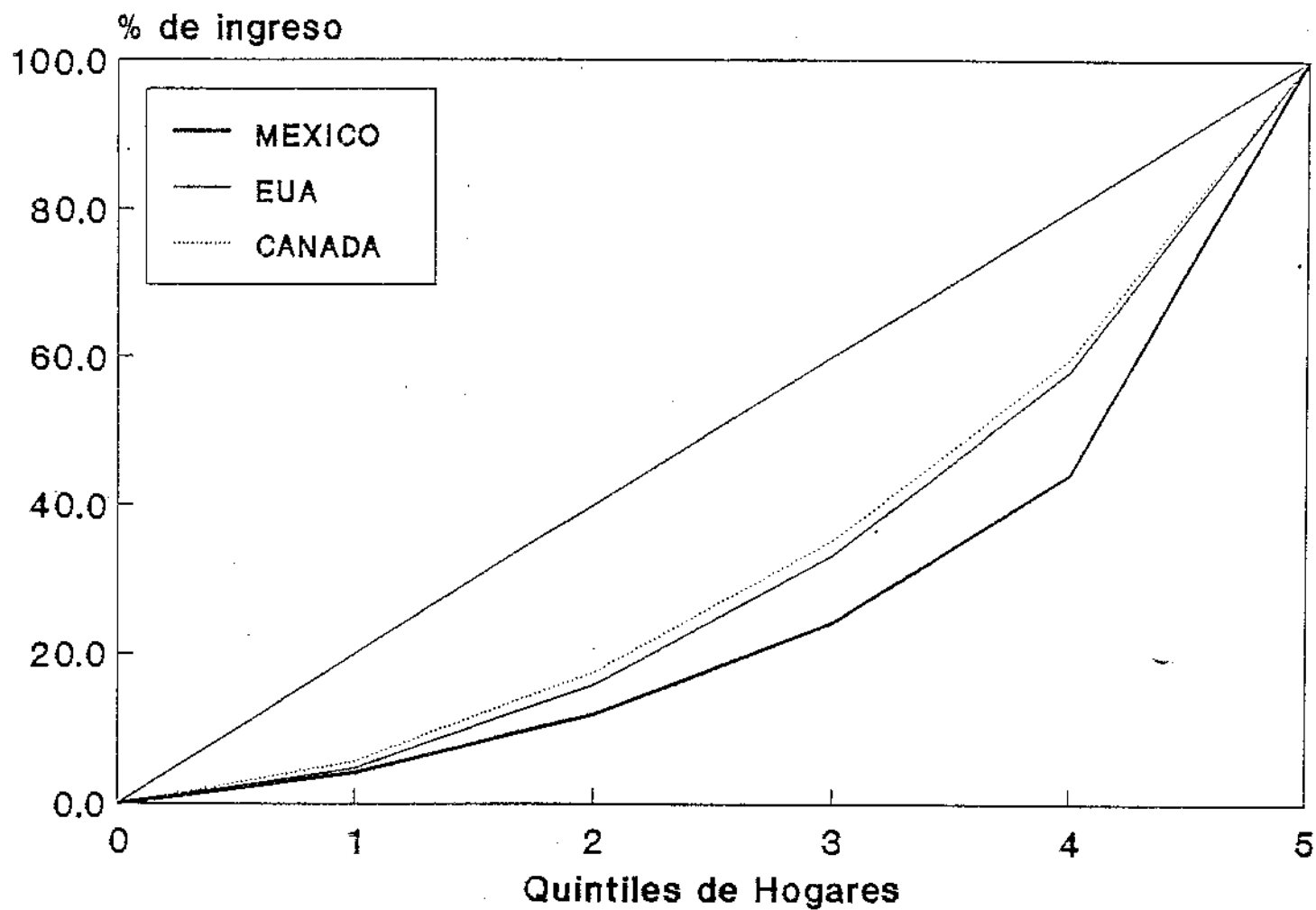
En general, los objetivos que se persiguen con el TLC van más allá del mero aspecto comercial, tienen que ver con el aumento de las exportaciones, la creación de nuevas empresas y fuentes de trabajo, la apertura a nuevas tecnologías, el incremento de empleo y de salarios, en síntesis en alcanzar mejores niveles de bienestar social.

Sin embargo, la exportación de servicios, la incorporación de tecnología médica, el movimiento de los demandantes y el movimiento de los prestadores, sin sólidos mecanismos de regulación pueden conducir en el corto plazo a una mayor concentración de los beneficios del TLC en las poblaciones de medianos y elevados ingresos, incrementando la brecha preexistente con la población de bajos ingresos. En este contexto la oferta y la demanda de los servicios médicos en México puede resultar muy sensible a mantener y tal vez a incrementar la inequidad tanto en la utilización de los servicios como en la disponibilidad de los recursos, por lo que centraremos el presente comentario a este posible efecto del TLC en la atención a la salud.

Al respecto conviene señalar ciertas características propias de las sociedades de los tres países, de sus gobiernos y de sus servicios de salud.

1. Los países del nuevo bloque norteamericano no están exentos de los rezagos señalados anteriormente. Según datos publicados por el Banco Mundial en 1993, tanto en EUA, Canadá y México existe una importante desigualdad en la distribución del ingreso (Figura No. 1). Como se puede apreciar en la figura, la distribución desigual es mayor en México en donde más de la mitad del ingreso se concentra en el 20% de la población más acomodada, mientras en EUA y Canadá alrededor del 40% de los ingresos se concentran en el 20% de la población, dejando en los tres países que el 20% de la población más pobre no concentre más del 6% de los ingresos.

Distribución del ingreso por quintiles de hogares en 3 países de Norteamérica



Fuente: Banco Mundial, 1993

2. La forma y la proporción como asignan los recursos financieros los gobiernos de los tres países a la salud no es similar. Como se puede observar en la Figura No. 2, EUA es el país que más dinero asigna al gasto en atención a la salud. Esta relación es tan desproporcionada con respecto a los otros países que al traducir el gasto en salud por habitante se observa que a cada mexicano le corresponde 90 dólares per cápita al año, a cada canadiense mil novecientos dólares y a cada estadounidense dos mil setecientos dólares. Es decir la diferencia con respecto a México es 20 veces mayor en Canadá y en 30 veces mayor en EUA. Cabe aclarar que en 1990 el gasto público y privado en servicios de salud en todo el mundo ascendió a 1.7 billones de dólares y que tan sólo EUA 41% del total mundial.⁽²⁾

Si se observa la columna de color oscuro se podrá percibir que también la asignación del gasto al rubro de bienestar social es diferente en cada uno de los países reflejando con esto las prioridades de los gobiernos. En México la suma presupuesto asignado a bienestar social y salud representa cerca de una quinta parte del presupuesto mientras que en EUA y Canadá representa dos quintas partes del mismo.

La forma como priorizan el cuidado a la salud, los hogares y los gobiernos es otra forma de comparar los tres países del bloque. En la figura No. 3 se presenta que en EUA y Canadá se asignan proporciones del presupuesto de los hogares y del Estado muy similares, en cambio en México la proporción del ingreso de los hogares destinada a gasto en la atención en la salud es mayor que la proporción que asigna el gobierno a un rubro similar, cabe aclarar que los datos de los hogares de México corresponden a una encuesta realizada en 1984 y que se estima que para 1993 la relación sea más nivelada.

3. De acuerdo con un estudio realizado por la Academia de Medicina sobre el Tratado del Libre Comercio (TLC) y los servicios médicos (3), "cada uno de los tres sistemas

(2) Banco Mundial. Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Washington, D.C.

(3) Martínez Palomo A., Frenk, J. y cols. El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos: Elementos para el Análisis y la Negociación. Academia Nacional de Medicina. México 1992.

tiene sus propias fortalezas y debilidades", reconociendo que para México su principal fortaleza es el desarrollo institucional y su principal debilidad la desigualdad en los niveles de calidad entre dichas instituciones; en Canadá su fortaleza es la cobertura universal con un alto grado de equidad, aunque su principal debilidad es el control de costos; y el sistema de salud de EUA destaca por su elevado desarrollo tecnológico pero presenta serios problemas con su cobertura y con la fragmentación de sus sistema que funciona con marcadas inequidades.

Dicha investigación concluye que "más allá de las características de cada sistema, se observa una profunda asimetría entre los tres países", de la cual destaca:

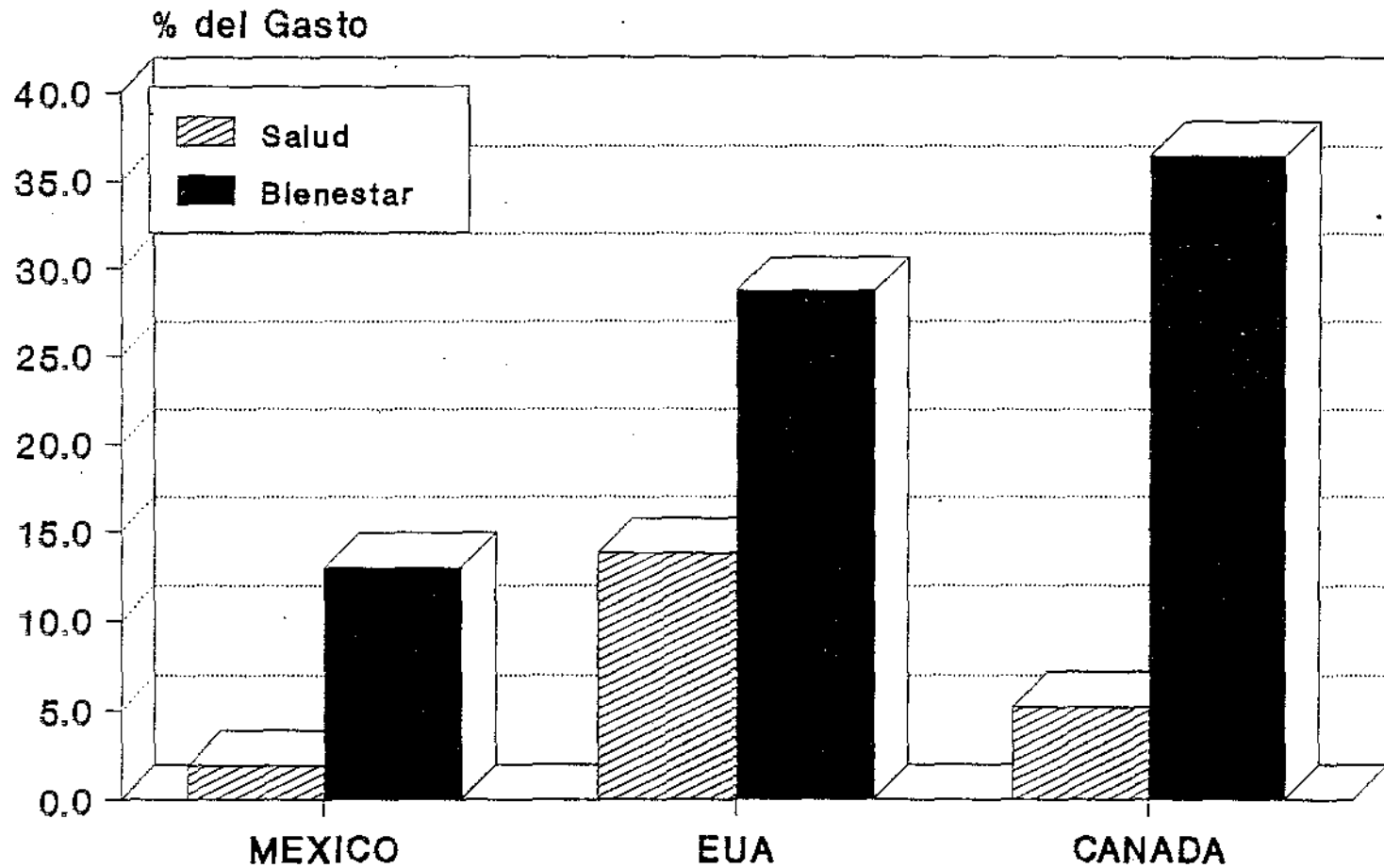
- A) La asimetría en la situación de salud.
- B) En la asignación de recursos.
- C) En la infraestructura.
- D) En la regulación.
- E) En las formas de financiamiento.
- D) En la participación del sector privado.

Para los tres países el principal reto es acabar con el rezago epidemiológico, sin embargo la tarea es muy diferente por país, en el caso de México la carga de la enfermedad por patología pretransicional representa alrededor del 30% del total, en cambio en los otros dos países esta carga es menor al 7%. Cabe mencionar que la mayor parte de la carga de la enfermedades pretransicionales esté concentrada en las zonas pobres urbanas y en el medio rural.

Con respecto a la infraestructura en un estudio realizado por el INSP⁽⁴⁾ se encontró que para 1990 a nivel nacional había 8 camas por 10,000 habitantes, 12 en los estados de baja marginación y 5 en los de alta. Las disparidades encontradas en 1990 mostraban que mientras en el Distrito Federal había una cama por cada 502 habitantes, en Zacatecas o en Chiapas una cama censable es para 3,000 individuos en promedio. Mientras tanto en EUA existe una cama disponible por cada 230 habitantes y en Canadá una por cada 150.

(4) Lozano R., Infante C., Schalaepfer L., Frenk J. Desigualdad, Pobreza y Salud en México, 1993. En prensa.

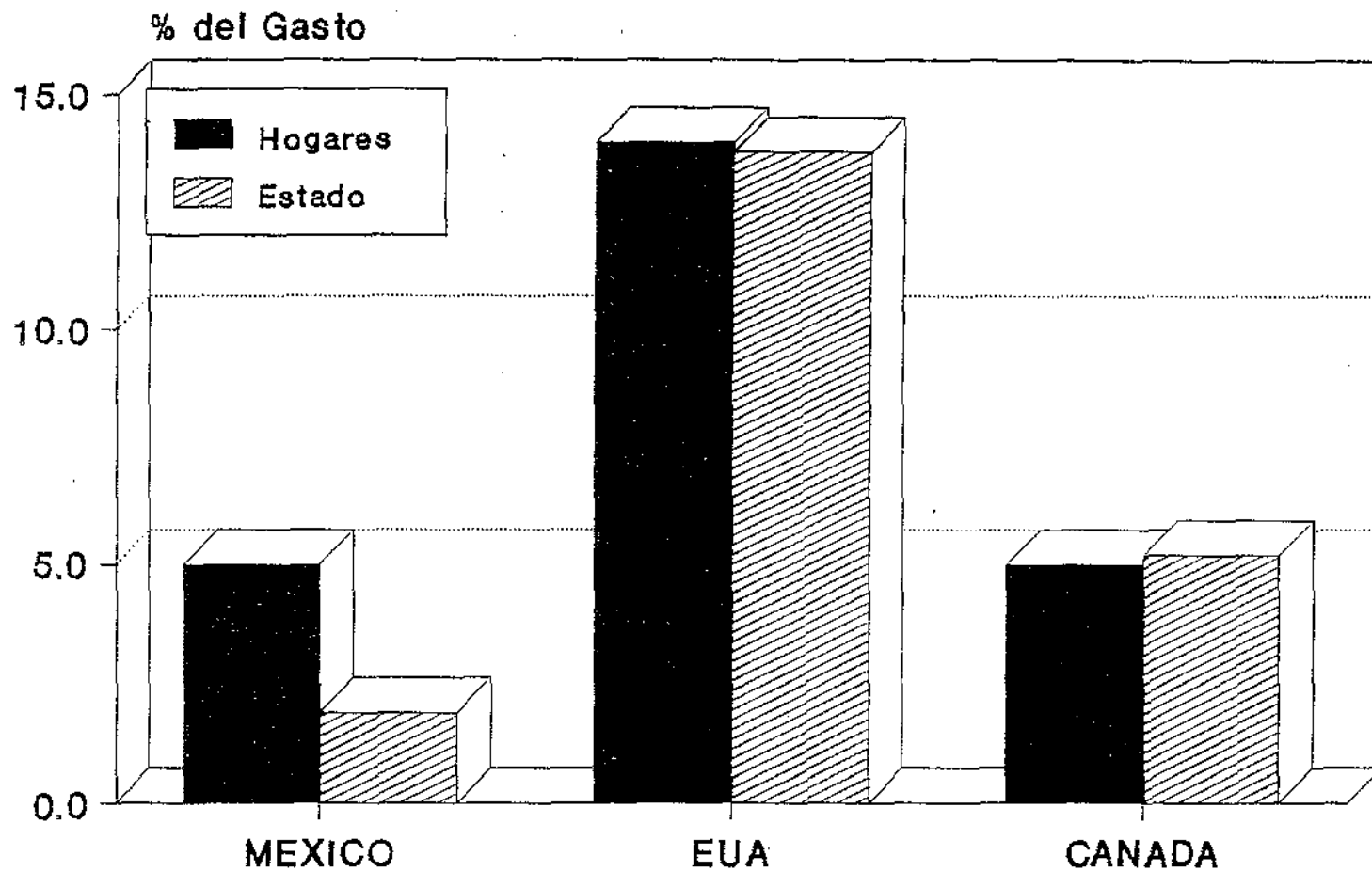
Porcentaje del gasto del Estado asignado a Atención a la Salud y a Bienestar Social en países de Norteamérica, 1991



V-69

Fuente: Banco Mundial, 1993

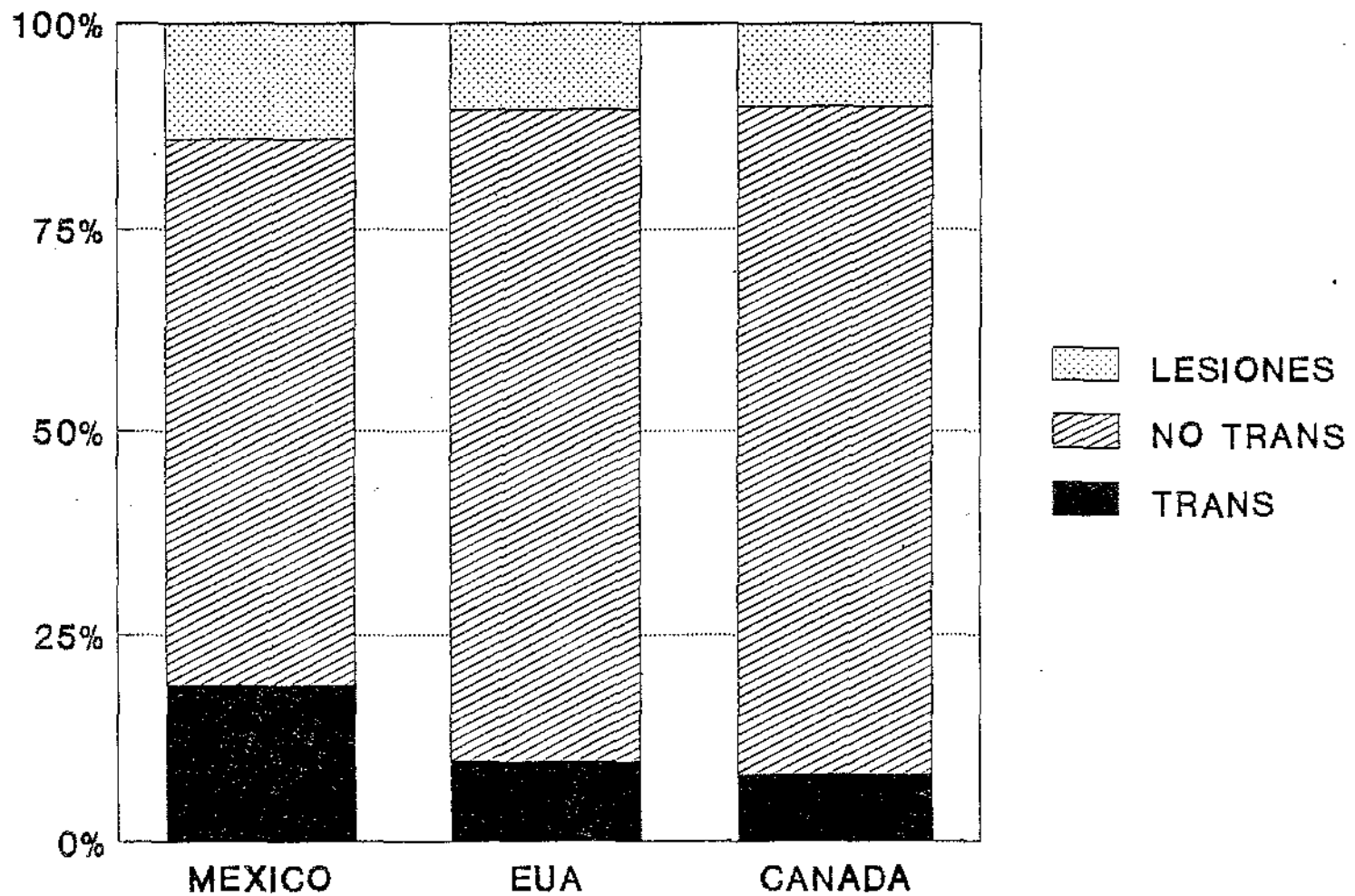
Porcentaje del gasto de los Hogares y del Estado asignado a Atención a la Salud en países de Norteamérica.



69-B

Fuente: Banco Mundial, 1993

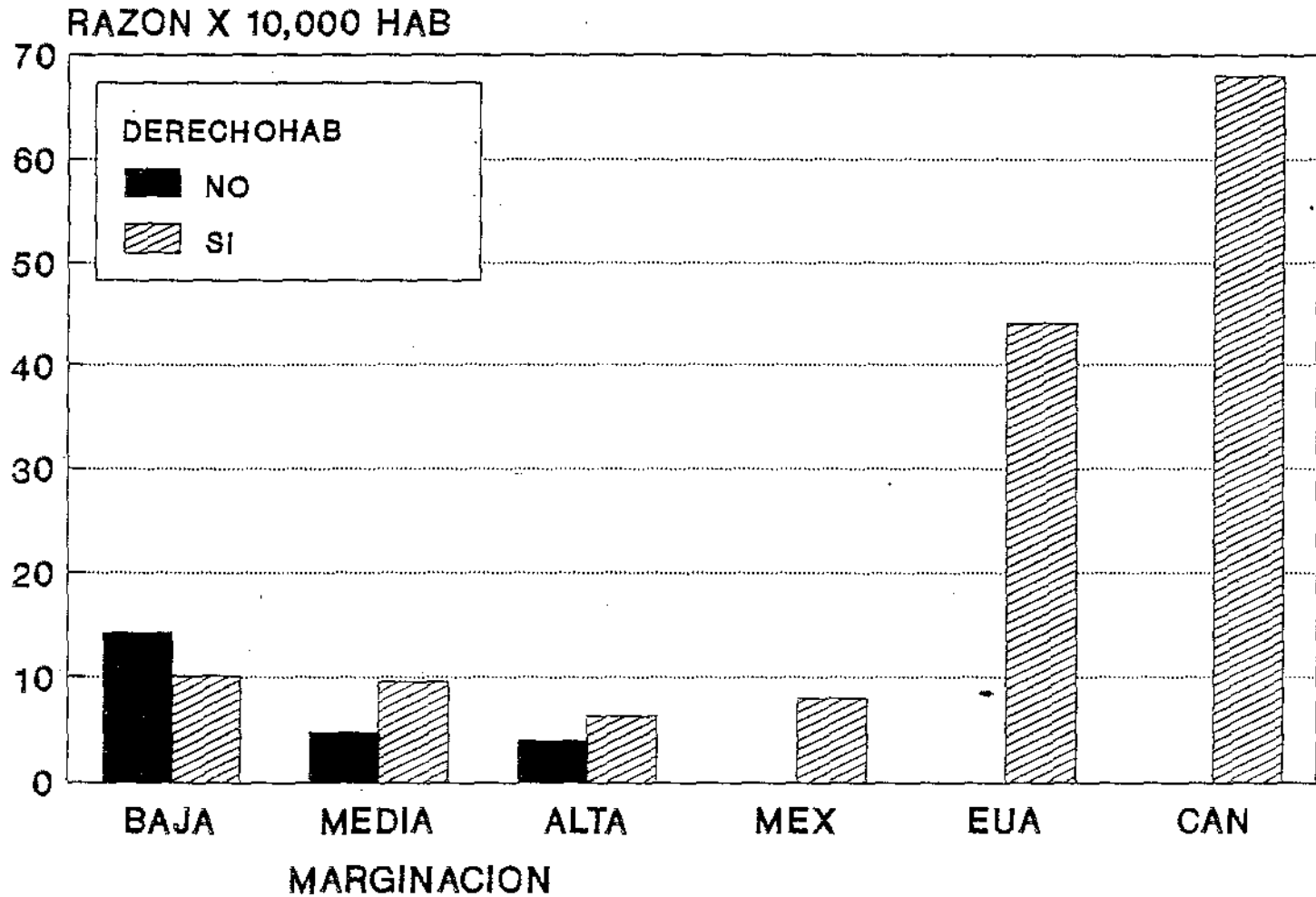
Distribución de la mortalidad por causas en países de Norteamérica, 1990



Fuente: Banco Mundial, 1993.

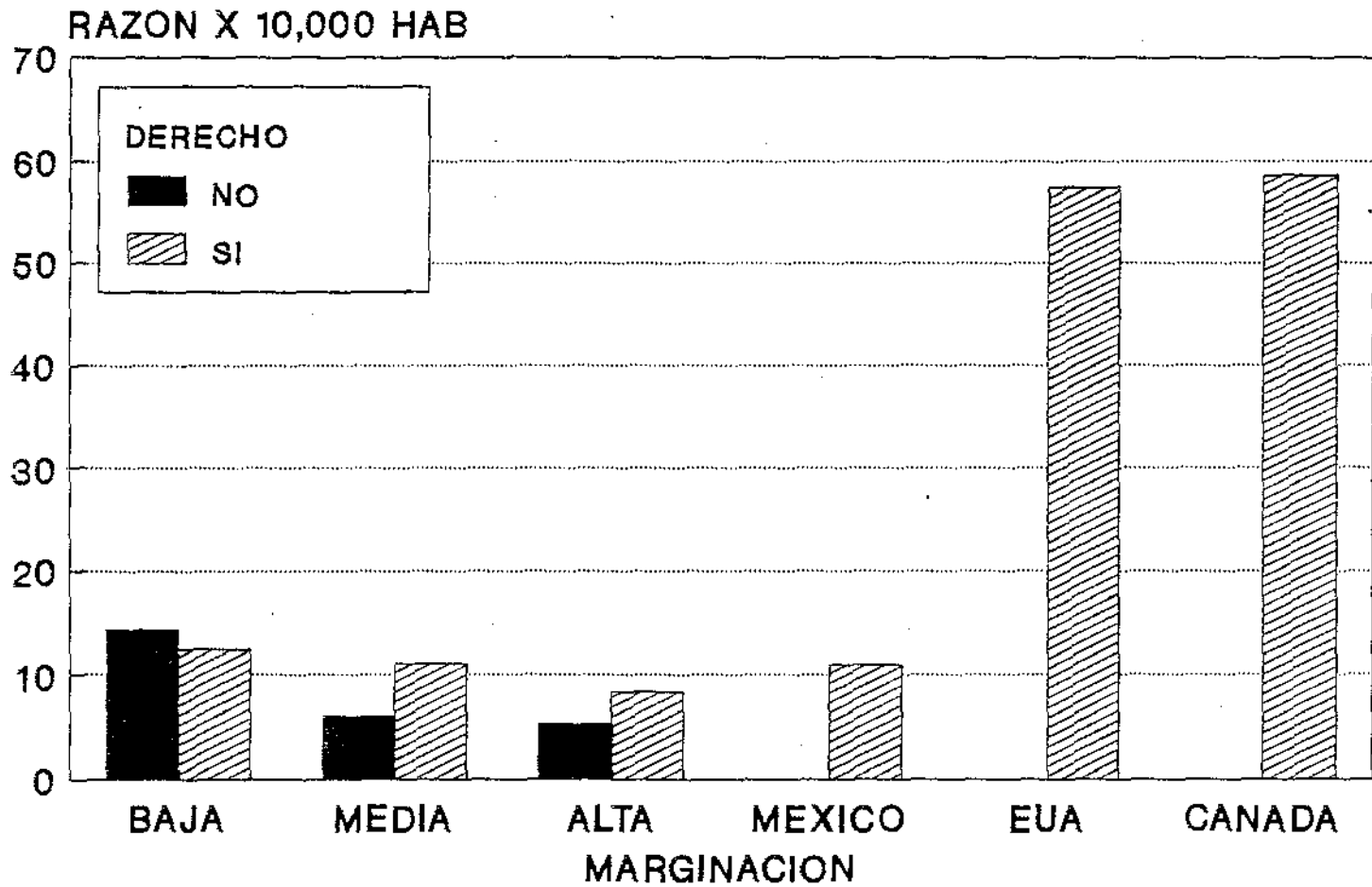
RAZON DE CAMAS/HABITANTE DERECHOHABIENCIA Y MARGINACION MEXICO; EUA Y CANADA

0-69



RAZON DE MEDICOS/HABITANTE POR DERECHOHABIENCIA Y MARGINACION MEXICO; EUA Y CANADA.

69-E



De la misma manera se presenta que el promedio nacional de médicos por habitante es de 11 por cada 10,000. Sin embargo en los estados de baja marginación la razón asciende a casi 15 por 10,000 y en los de alta marginación la razón es de 7 por 10,000. En EUA existen 59 médicos por cada 10,000 habitantes y en Canadá 57.

Estas cifras nos conducen a un panorama complejo y contradictorio. Los problemas de cobertura en México son por falta de recursos en algunos casos y por su mala distribución la mayoría de las veces. En cambio en EUA los problemas de cobertura no se relacionan con la escasez del recurso sino con la pésima distribución del mismo y por los problemas de acceso a los servicios.

Finalmente conviene destacar la asimetría que existe en la participación del sector privado, en la prestación de los servicios de salud y en las formas de financiamiento.

En México el sector privado se encuentra atomizado y se financia del pago directo del paciente, mientras que en EUA el seguro médico privado es la forma hegemónica de integración y pago.

Esta situación se refleja en la participación en el gasto. Del total del gasto asignado a atención a la salud en México el 70% corresponde al Estado y el 30% al sector privado, en EUA 44% del gasto proviene del sector público y 56% del privado, y en Canadá 76% del gasto deriva de participación estatal y 24% del sector público.

Ante este panorama de inequidades es importante dejar establecido que el papel que debe jugar el Estado Mexicano a la luz del TLC para evitar que se mantengan e incluso se incrementen está dirigido a concentrar su función de prestador de servicios de salud en las poblaciones más pobres ya que esta puede ser una forma de evitar que las inequidades avancen en México. Con esta definición, a la vez que garantiza el servicio, se concentran los recursos en un sector de la población que definitivamente no puede pagar por el servicio. A lo anterior hay que agregar que la prestación de "servicios de salud eficaces" en función de los costos a sectores pobres de la sociedad debe ser considerado como un método efectivo y socialmente aceptable para combatir la pobreza.

Como se ha mencionado el aumento de la competencia por la prestación en México seguramente derivará en una disminución de los costos del servicio y en un elevamiento de la calidad otorgada; lo anterior puede ser facilitado si la actividad del Estado se enfoca a regular y vigilar la equidad en el costo y calidad del servicio otorgado por el sector privado.

En síntesis, el TLC ofrece importantes oportunidades de desarrollo tanto en el nivel económico, como en el social, incluyendo en ambos los servicios de salud. Para obtener provecho de estas oportunidades es necesario este tipo de foros que buscan anticipar los riesgos que representa el proceso para enfrentarlos con éxito.

COMENTARIO A LA PONENCIA

LA EDUCACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

Dr. José de Jesús Villalpando Casas.

Introducción.

El trabajo presentado por el doctor Alberto Lifshitz nos introduce ágilmente a las probables implicaciones que el Tratado de Libre Comercio (TLC) ejercerá, de manera indirecta, en la educación médica en México; para ello fundamenta sus opiniones en argumentaciones basadas en proyecciones cualitativas, que a su vez se apoyan en las tendencias y condiciones actuales, para plantearnos: "un momento de cambio que obliga a vivirlo y no sólo a observarlo". En este sentido enfocaré mis comentarios.

Inicialmente, debo mencionar que comparto las inquietudes del autor y concuerdo con sus planteamientos; empero, para fines de análisis del trabajo, primero consideraré su estructura y contenidos, de los que extraeré sus "ideas fuerza" para examinarlas y contrastarlas con otras opiniones y después buscaré integrar un modelo teórico contextual comparativo para abordar el tema desde otra perspectiva. Así, con base en esta metodología, expondré mis opiniones respecto al ensayo.

Análisis de estructura, contenidos e ideas fuerza.

El autor elabora con impecable rigor y honestidad intelectual la **Introducción** a su trabajo, en la que destaca que "las expectativas sobre la influencia del TLC en diversos ámbitos de la vida en México, se sustentan en la especulación y que sus consecuencias, en el momento actual, tienen que conjeturarse a partir de supuestos". Tales presunciones en la educación médica constituyen el objeto de su ensayo. A partir de la identificación de las diferencias entre los tres países norteamericanos, en cuanto a orientación, tecnología, métodos, financiamiento, demandas sociales, contextos culturales y exigencias académicas, descarta, con buen juicio, las predicciones que pudieran surgir al "mestizar las características de cada país" como pudiera ocurrir con otras asimetrías. Aquí identifico una idea fuerza "La aspiración indiscutible y legítima de preservar los valores distintivos de cada nación". Estoy seguro que para los mexicanos esta es una de sus mayores riquezas, fortaleza donde habremos de sustentar el desarrollo de nuestra nación y el bienestar de la población frente a los retos de productividad y competitividad que exigirá el TLC.

En el capítulo de "Influencias recíprocas, anota la hegemonía de la Medicina estadounidense sobre la atención y educación médica en México, resaltando sus virtudes e inconvenientes: entre las primeras, se encuentra el enfoque científico de los problemas médicos, la vigilancia de la calidad del ejercicio de la medicina, la aplicación temprana del conocimiento y la costumbre de consultar la bibliografía y de publicar las experiencias propias. Aquí debo expresar que el enfoque científico de su medicina no es privativo de la sociedad estadounidense, en la que simultáneamente proliferan corrientes de medicina paralela, autóctonas y extranjeras, ciertamente no científicas. Acerca de la originalidad de vigilar la calidad del ejercicio, también albergo mis dudas, vale recordar el papel del Protomedicato en la Nueva España; de igual manera sobre la costumbre de publicar y de consultar la literatura, que desde tiempos lejanos ha caracterizado al profesional de la medicina. Reconozco, sin embargo, que esas virtudes se encuentran en la actualidad más desarrolladas en los Estados Unidos de Norteamérica que en nuestro país.

En cuanto a los inconvenientes caracterizados por el enfoque biologicista, el abuso de la tecnología, la decadencia de la clínica tradicional, el deterioro de la relación médico paciente y la cultura de la enfermedad, especialmente la observación de que el daño a la salud se convierte en un bien motivo de transacción económica. En la aclaración del autor de "que no se trata de atribuir a otros las culpas propias", se descubre tácitamente otra idea fuerza: "La necesidad de resolver esos impedimentos de satisfacción social". En ese orden, cabe destacar las inconformidades tanto de los receptores de servicios de salud, que ven afectada su economía y mal atendidas, en sentido humanístico, sus necesidades de salud, como de los prestadores de tales servicios, que a nivel institucional no encuentran la debida retribución. Ambas inconformidades se convierten en verdaderos reclamos al sistema.

En el párrafo que plantea la disyuntiva: "¿Un profesional competitivo internacionalmente o mano de obra profesional barata?", el autor toca uno de los puntos más sensibles. Por una parte, se afirma que "la mano de obra barata no es el argumento con el que enfrentamos el Tratado", en tanto que sus detractores señalan que "los salarios bajos de México son el único atractivo para los capitales de los países situados al norte". Ello establece un dilema, no necesariamente antagónico, menciona el autor, "teóricamente se podría aspirar a competir internacionalmente sin que obligue a incrementar el nivel de vida profesional, lo cierto es que la calidad suele ir aparejada con la percepción económica". Esto tiene que ver con la calidad del médico y el costo que significa su educación. La aseveración acerca de que

"la calidad de formación de personal competitivo tiene mayor costo" constituye otra idea fuerza del autor; sin embargo, habría que agregar a ese costo económico, el social, puesto que se requeriría generalizar un proceso verdaderamente selectivo de estudiantes de medicina y establecer mayores exigencias a su rendimiento escolar y a las escuelas mismas, a fin de certificar, en los medios y por los conductos indicados, su calidad.

El enunciado de que "la educación médica debe responder a las políticas nacionales en relación con sus sistemas de atención a la salud" y que, en la medida en que estas políticas se vuelvan explícitas y sufran cambios de adaptación a los nuevos tiempos, la educación médica tendrá que sufrir las adecuaciones pertinentes", es otra idea fuerza. Sobre ella debo anotar que las políticas están explícitas en el Programa Nacional de Salud del Gobierno Federal, al igual que en el convenio signado por México para alcanzar la meta de "Salud para Todos", asimismo, en el compromiso adquirido en la "Cumbre de la Infancia", algunas de cuyas metas, por cierto, las hemos logrado con varios años de anticipación.

Por cuanto al capítulo de "Aportaciones de la Educación Médica en México", el doctor Lifshitz concede ventajas a los clínicos mexicanos, por las posibilidades de relación médico paciente más personalizada, de obtener provecho de los métodos propedéuticos tradicionales y de evitar el uso excesivo de recursos tecnológicos al no haber la presión por la amenaza de demandas. En este sentido, no obstante coincidiendo con el autor, en algunos sectores de nuestra sociedad se manifiesta la inconformidad por la pérdida de los valores enunciados, particularmente en algunos servicios institucionales, además de la exigencia por contar para su atención con mayores recursos tecnológicos, mejor equipamiento y abastecimiento de las unidades médicas. Por otra parte, ya se identifican presiones legales de los usuarios de nuestros servicios, mediante demandas no sólo a instituciones, sino a particular. Valga mencionar los más de 400 dictámenes médicos emitidos en esos casos por uno de nuestros hospitales más connotados en los últimos dos años.

Cuanta razón tiene el autor al glosar los elementos con que la medicina mexicana puede concurrir favorablemente a la competencia internacional, al caracterizarla como: una visión más humanizada de los pacientes, que no solo son consumidores sino personas con necesidades; una conciencia de la necesidad de comunicarse, efectiva y afectivamente con los pacientes; un abordaje sustentado en las habilidades del clínico más que en la disposición de artefactos; un pensamiento que no haga de lado los costos de la

atención médica; una preocupación por los problemas sociales del país; una visión que concede preponderancia suprema a la conservación de la salud. Lo anterior constituye un verdadero desiderátum que habremos de reforzar cada día.

Sobre el **Financiamiento de la Educación Médica**", el autor destaca la tendencia de redistribución de las empresas entre los sectores público y privado y anticipa que, de mantenerse ésta, la educación médica en México será cada vez más proporcionada por la iniciativa privada, de acuerdo con modelos y mediante personal internacional y pone como ejemplo el incremento de escuelas de medicina privadas de 1 a 15 en 20 años. Aquí es conveniente hacer algunas precisiones sobre la magnitud del fenómeno: dos de esas 15 escuelas se ubican en el Distrito Federal, una en Guadalajara, tres en Monterrey, una en Ensenada, dos en Reynosa, una en Matamoros, una en Tampico, una en Ciudad Victoria, una en Puebla y una en Oaxaca. La matrícula de estas escuelas en 1992 fue de 4,372 alumnos, es decir el 7.6% de la matrícula total de las 59 escuelas y facultades de medicina en México. En tanto que el egreso registrado en 1991 fue de 454, o sea el 6.5% del total nacional. También, se observa una franca declinación de su matrícula en los planteles ubicados en los Estados. Es probable que con la apertura de nuestra economía se instalen nuevas escuelas de corte internacional, sin embargo tendrán que llenar requisitos académicos y contar con instalaciones propias para la enseñanza clínica, ya que los campos de las instituciones nacionales se encuentran cubiertos.

Concuerdo con el autor en que la definición de políticas gubernamentales de apoyo para resolver la crisis financiera de la universidad pública, que en nuestro país ha sido factor determinante de permeabilidad social, orientará mejor el rumbo que siga la educación médica.

En el capítulo de **"Otras Tendencias"** se acomete la propensión de nuestra sociedad para incorporar estilos de vida de los países del norte y despunta el enfoque empresarial de la educación y de la salud al que se tiende en México, situación que da más valor a los aspectos socioeconómicos de obtener mayores beneficios de las inversiones en detrimento de los valores humanos. A lo que responde con la alternativa consistente en **"el rescate de los valores fundamentales de las profesiones de la salud, por encima de los intereses del momento, a fin de preservar las mejores tradiciones, las que dan permanencia a las profesiones de servicio"**, siendo ésta otra expresión de idea fuerza.

En las Consideraciones Finales, el trabajo que comenté se refiere a la oportunidad que el TLC ofrece al "incrementar las relaciones entre los países y de saber aprovechar la oportunidad de incorporar a nuestra cultura cuanto de beneficio ofrezcan las otras naciones preservando nuestra identidad y rechazando todo lo que resulte inconveniente", que es otra idea fuerza. Igualmente, el autor plantea que el TLC obligará a los tres países a revisar sus respectivos sistemas de educación médica, ya que el intercambio de maestros, estudiantes y servicios tenderá a aumentar, se puede afirmar que esta revisión seguramente será más aplicable a México dados los cambios que posiblemente se experimenten en el mercado de trabajo, la infraestructura en salud, los estándares de calidad del ejercicio, los mecanismos de regulación, el acceso a la tecnología costosa, las demandas de la sociedad, las necesidades de atención a la salud por parte de los mexicanos y los posibles proyectos multinacionales de investigación modularán las características que la educación médica en México tendrá en el futuro.

Elementos para un modelo contextual en educación médica.

Paso ahora a describir algunos elementos de los sistemas nacionales de salud y educación que a mi juicio pueden ser útiles para perfilar un modelo y sustentar mis opiniones respecto al tema que hoy se trata.

Es necesario partir del hecho de que la incorporación de México al mercado internacional de la región significa para el país un reto de competitividad en la producción de bienes y servicios, de calidad igual o mejor que la que se ofrece en los otros países. En materia de servicios de salud, la calidad estriba, entre otras cosas, en la satisfacción de la población en lo general y de los usuarios en lo particular, por la adecuada atención que se preste a la preservación o restauración de su salud. Para ello se requiere un sistema de servicios de salud con recursos humanos debidamente preparados y satisfechos de su función social por su vocación de servicio, por sus logros profesionales y también por la cobertura de sus necesidades personales, familiares y sociales.

El modelo se centra en el aserto: "Recursos humanos debidamente preparados", cuyas premisas son:

1. En México se está actuando sobre la calidad de la educación a todos niveles y particularmente, en nuestro campo en la formación, especialización y capacitación médica.

La calidad educativa se advierte como un reflejo de una complejidad de variables sociales y se manifiesta en el accionar de los egresados del sistema, en su capacidad de respuesta ante situaciones que exigen su conocimiento y destrezas y en el compromiso con su función social.

2. El Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional Educativo interactúan para complementar eficazmente sus políticas particulares, compartir sus responsabilidades, reorientar sus recursos y alentar la creatividad de sus integrantes apoyados en la investigación científica básica y aplicada. Tal complementariedad se expresa en las instituciones responsables de la atención a la salud en cuyas instalaciones se conduce la enseñanza y se da el aprendizaje clínico con vivencias reales y en todo caso análogas. En este proceso se reproducen los valores de la profesión al vivir los alumnos con intensidad la integración docente asistencial, particularmente en las últimas etapas formativas.
3. La formación de recursos humanos responde a los requerimientos de personal, con actividades y orientación hacia la preparación de los educandos para satisfacer las necesidades actuales y particularmente la capacitación, que les permita en el futuro ser actores del cambio y mantener el paso del avance de los conocimientos y la tecnología e inclusive contribuir a su desarrollo.
4. El Tratado de Libre Comercio representa para la medicina mexicana, en el ámbito académico, una oportunidad de avance en la resolución de un antiguo, aunque insustancial conflicto, entre la práctica preponderantemente humanística y la prevalencia tecnológica, para acercarnos al delicado equilibrio con el conocimiento biomédico.

La contingencia del tratado no tiene influencia directa en la formación de médicos, ya que nos encontramos en pleno camino de superación, en búsqueda de mayor calidad, como una respuesta propia del Sistema Nacional de Salud, que consciente de la responsabilidad que asume con la población revisa sus experiencias, a fin de responder al clamor social de mayor calidad y humanismo en el ejercicio profesional.

Para finalizar esta intervención, reitero mi concordancia con los puntos de vista, o su complementación, expresados por el doctor

Alberto Lifshitz, particularmente los relacionados con las ideas fuerza y los contenidos en el esbozo del modelo contextual de la educación médica que utilicé. De lo anterior se desprende la conclusión de que debemos interesarnos más en la calidad de la profesión en nuestro territorio nacional, para que alcance o se mantenga en el nivel del "estado del arte" de la medicina, de esa manera, cualquiera que sea el reto que afronte la medicina mexicana, se estará en capacidad de responder con eficiencia ante los cambios socioeconómicos que se avecinan.

Cabe recordar que, uno de los primeros cuestionamientos que trascendieron de la negociación del Tratado de Libre Comercio fue sobre, ... "si van a poder formar y desarrollar gente capaz de dirigir y producir en empresas importantes"... , la respuesta categórica en el campo de la salud es, SI y para ello deberemos de seguir trabajando.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

LA INVESTIGACION MEDICA EN MEXICO ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

Dr. Octavio Gómez Dantés.

México está por integrarse a un bloque de libre comercio en América del Norte. Este hecho no hace sino consumir un largo proceso de incorporación de nuestra economía al mercado mundial que se inició a principios de la década de los ochenta parafraseando con las siguientes palabras: la necesidad de modernización de todos los sectores de la economía.

La investigación científica está muy lejos de ser la excepción. De hecho, podría decirse que la ciencia y la tecnología constituyen la médula de lo que se ha dado en llamar el Nuevo Orden Económico Mundial. Ellas son el mejor ejemplo de las ventajas comparativas que habrá que explotar para garantizar el crecimiento y la prosperidad económicos en el siglo XXI¹.

La investigación es un proceso sistemático de economía de muchos conocimientos que supone el planteamiento de hipótesis, el desarrollo de procesos de experimentación El análisis de información y el establecimiento de conclusiones. En el caso de la salud, este proceso de producción de conocimientos sirve a cuatro propósitos: 1) para la identificación y definición de prioridades entre los problemas de salud; 2) como guía y estímulo de la aplicación del conocimiento para la resolución de los problemas de salud; 3) para el desarrollo de nuevas herramientas y estrategias novedosas y, 4) para profundizar en la comprensión de los fenómenos de salud y hacer avanzar las fronteras del conocimiento².

Al borde de la firma de un acuerdo comercial con Estados Unidos y Canadá, en la comunidad científica con frecuencia se escuchan preguntas como las siguientes: ¿cómo podemos modernizar la investigación en salud comercial, ha hecho evidente la necesidad de investigación en el campo de la vigilancia epidemiológica y en el campo de los sistemas de salud.

1 Thurow L. Head to head. The coming economic battle among Japan, Europe, and America. New York: Warner Books. 1993.

2 Commission on Health Research for Development, health research. Essential link for equity in development. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press. 1990.

Sin embargo, como también lo señalan estos autores, lo importante frente a un cambio tan radical como el que se avecina, es establecer un diagnóstico y diseñar una estrategia racional que permitan definir los escenarios deseables factibles para después identificar los factores que podrían favorecer y obstaculizar la marcha hacia el destino elegido.

Los doctores Muñoz y Querol han identificado ya algunos de los riesgos y oportunidades que enfrentará la investigación biomédica, clínica, epidemiológica y en sistemas de salud. Yo quisiera más bien abundar en el contexto en el que habrá de desarrollarse este tipo de investigación y en los retos que habrán de plantearle los efectos inmediatos y de largo plazo que el Tratado de Libre Comercio producirá sobre la salud.

Como se señala en el documento elaborado por la Academia Nacional de Medicina sobre el Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos³, la apertura comercial dejará sentir su influencia en cinco grandes ámbitos por lo que a la salud se refiere: 1) la salud ambiental y ocupacional; 2) la regulación sanitaria de bienes y servicios; 3) los insumos para la atención a la salud (equipo, medicamentos y otros; 4) la formación y utilización de los recursos humanos y, 5) la regulación, el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Ahora bien, los efectos que el Tratado producirá sobre estos cinco ámbitos no se manifestarán todos de manera inmediata. Por un lado tenemos a los efectos directos o inmediatos, que son aquellos que resultarán de las modificaciones y del incremento de intercambio de bienes y servicios. Por el otro, tenemos a los efectos indirectos o de mediano y largo plazo y que son aquellos que se presentarán como consecuencia del esperado incremento en el ingreso, el empleo y el nivel de vida y como producto de las transformaciones culturales.

En el primer caso la investigación se enfrenta al reto de abordar problemas tales como el deterioro ambiental y la seguridad ocupacional y se verá en la necesidad de contribuir a la modernización de la regulación sanitaria y la vigilancia epidemiológica en la región.

³ Academia Nacional de Medicina. El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos: elementos para el análisis y la negociación. México, D.F. ANM, 1992.

En el caso de los efectos de largo plazo, la investigación en salud deberá diseñarse a la luz de las características de nuestra particular transición demográfico-epidemiológica. Es muy posible que los cambios en el comportamiento y en los hábitos de vida que traerá consigo la integración económica y comercial con nuestros vecinos del norte acelere la de salud. Aquí, como bien sugiere el reporte reciente del Banco Mundial, el criterio deberá ser ubicar las prioridades en investigación sobre todo en aquellos problemas altamente prevalentes para los que existen soluciones muy poco costo-efectivas⁴.

Por lo que se refiere al último de los propósitos de la investigación en salud, la ampliación de las fronteras del conocimiento, los vínculos comerciales que se establecerán en el norte del continente muy posiblemente favorezcan también los vínculos con las comunidades científicas de Estados Unidos y Canadá y en esa misma medida es posible que se fortalezcan los patrones de excelencia en investigación que en nuestro país han permitido, particularmente en el campo de la investigación clínica, hacer avanzar los límites del conocimiento.

Estos son pues algunos de los retos con los que la investigación en salud habrá de toparse con este proceso de integración económica. Para enfrentarlos como señalaron los doctores Muñoz y Querol, se nos ofrecen oportunidades tales como una mayor transferencia de tecnología y conocimientos, un mayor contacto con recursos humanos especializados y, muy posiblemente, una mayor cantidad de recursos financieros para la investigación y la docencia. La reciente creación de la fundación México-Estados Unidos para la ciencia constituye un ejemplo muy claro a este respecto. Los peligros más graves serán la fuga de cerebros frente a mayores oportunidades de desarrollo profesional en los países del norte y el desestímulo a la investigación científica y tecnológica nacional frente a una abrumadora transferencia de medios del exterior.

⁴ World Bank. World Development Report. Investing in health. New York, Toronto, Oxford: Oxford University Press. 1993.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

LA MODERNIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

Lic. Juan Manuel Carreras López.

Antes de comenzar mis comentarios relativos a "La modernización de las instituciones de seguridad social ante el tratado de libre comercio", quiero manifestar el gusto que me da participar en esta Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social, y a su vez patentizar mi reconocimiento a la brillante exposición que acaba de presentar el Lic. Gerardo Ruiz Esparza, y sobre la cual me gustaría resaltar básicamente tres puntos:

- 1) La dinámica de cambio internacional y su influencia en el proceso de transformación interno de los países.
 - 2) El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y sus retos de cambio.
 - 3) Las características generales de la modernización de las instituciones de seguridad social ante el Tratado de Libre Comercio.
- 1) La dinámica de cambio internacional y su influencia en el proceso de transformación interno de los países:

Hoy en día, cuando el mundo se enfrenta a un multilateralismo en crisis, la formación de bloques económicos regionales es nota distintiva, con lo que se vuelve a un trato bilateral o entre unos cuantos grupos de países. En este escenario altamente dinámico, nuestro país y sus instituciones tal como sucede en todo el mundo, se están enfrentando ineludiblemente a nuevos retos y oportunidades. Particularmente, esto se puede apreciar en la necesaria adecuación que las instituciones de seguridad social están sufriendo en varias naciones como consecuencia de la redefinición del concepto mismo de seguridad social. Cambios y definiciones que concluyen de diversa forma, pues obedecen a valores, historias, culturas y necesidades distintas.

Como bien ha sido señalado en la ponencia, la actual configuración del mundo, la dura experiencia de la crisis y las nuevas demandas de la sociedad han impulsado una profunda transformación del Estado Mexicano. Dentro de ello, el Tratado del Libre Comercio con Canadá y los Estados Unidos de América, se presenta para nosotros como un medio más en el proceso de recuperación y crecimiento económico; mismo que es una pieza importante de nuestras reformas, pero del cual no dependemos, porque a pesar de la influencia de los factores externos, el avance y desarrollo de México, ha estado y estará determinado en su mayor parte por el esfuerzo de nosotros mismos.

Frente a este panorama, se nos presenta como una necesidad impostergable emprender una profunda modernización de nuestras instituciones particularmente de aquellas relativas a la de seguridad social, sin perder en dicho cometido la coherencia con nuestros principios y valores; tarea que, tal y como se señaló aquí, se sintetiza bajo la ideología armónica del liberalismo social que consiste en fortalecer nuestra soberanía acoplándonos a la emergente realidad económica de la globalización, relacionándonos de manera más estrecha con los modernos centros del mundo.

Como resultado de lo anterior, se desarrolla una dinámica de cambios y adecuaciones, caracterizada por un proceso de reforma estructural, funcional, operativa y normativa, cuyo objetivo es el redimensionamiento de la magnitud de la Empresa Pública, situación ésta ante la cual no pueden ser ajenas las instituciones de seguridad social, pues enfrentan nuevos desafíos y oportunidades. Entre estos, destaca como una de las principales tendencias rendir más cada vez con menos recursos, de forma tal, que se suministren prestaciones y servicios a menor costo y con mayor calidad a una demanda creciente. Sin embargo, para ello se requiere que las instituciones emprendan una redefinición de sus estructuras de financiamiento, una desburocratización de las estructuras orgánicas, su desregulación jurídica y la profesionalización de las relaciones humanas en la prestación de los servicios.

Lo anterior significa un doble esfuerzo, porque esta modernización de las instituciones de seguridad social requiere que antes exista una estimación relativa de los panoramas futuros para poder adoptar las providencias necesarias y no rezagar la respuesta a las necesidades futuras.

2) El Instituto Mexicano del Seguro Social ante sus retos de cambio:

Por otra parte, en la exposición del licenciado Ruiz Esparza, se observa claramente cómo el Instituto Mexicano del Seguro Social, al centrar sus tareas en aspectos sustantivos; al actualizar normativa y jurídicamente su actuación; al pretender una agilidad en la prestación de sus servicios a través de la autonomía de gestión en las delegaciones; al simplificar la atención médica, el pago oportuno de pensiones e incapacidades y el cobro de cuotas; y al capacitar más a su personal en pro de mayor calidad y calidez en la atención a los usuarios, se moderniza de acuerdo a los lineamientos generales ya descritos para poder enfrentar exitosamente los desafíos que implicará la entrada en vigor del tratado trilateral de libre comercio. Con esto, además, se refrenda la permanente actitud de cambio y dinámica necesaria para afrontar la nueva realidad de nuestro país.

Con relación a esto último, un importante punto, atinadamente señalado en la ponencia, pero que vale la pena resaltar, es que el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene un alcance que rebasa los límites de las instituciones de seguridad social, pues realiza funciones propias de bienestar social a través del programa IMSS-Solidaridad, abarcando así un contexto mucho más amplio y diferente de aquél en el que surgió para dar respuesta a las necesidades de un importante grupo de la población que se encontraba completamente desprotegido.

Por otra parte, quiero aprovechar la oportunidad de mencionar, de manera muy general algunos casos ejemplificativos de cómo otro organismo mexicano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), aunque en un marco de actuación diverso al IMSS, ya que está dirigido a un sector diferente de la población y enfrenta a su vez retos distintos, también se encuentra en la búsqueda de la excelencia y calidad total en la prestación de sus servicios y seguros, de forma tal que le permita copar los retos del futuro y adecuar sus respuestas a nuevas necesidades, participando así en la modernización integral del Estado Mexicano. Baste mencionar por cuanto compete a la prestación de servicios médicos, el reordenamiento técnico-administrativo a través del Programa de Regionalización Operativa que pretende organizar a las unidades médicas de los tres niveles de atención conforme al número de derechohabientes,

capacidad física instalada, tipo y grado de capacitación del personal, afluencia natural y movimiento de la población, y problemática de salud de mayor demanda. En este punto vale la pena resaltar, por un lado, la modernización del hospital 20 de noviembre para convertirlo en un centro hospitalario nacional de alta especialización, y por el otro, la rehabilitación y reequipamiento de los 33 hospitales generales y regionales del sistema. Por lo que toca a las pensiones, la certeza jurídica en el incremento de ellas, a través de la reforma al artículo 57 de su ley; y la adopción del SAR en lo relativo a sus efectos económicos. En cuanto a la administración del Instituto, la desregulación jurídica que busca aumentar la eficiencia productiva y articula las necesidades de los servicios con las condiciones laborales. Y por último, en lo relacionado a vivienda, la redefinición de la operación del FOVISSSTE para atender mejor su demanda, sobre reglas de asignación más claras que a su vez propicien mayor facilidad de acceso al crédito.

3) Características de la modernización de las instituciones de seguridad social en México ante el Tratado de Libre Comercio:

El licenciado Ruiz Esparza nos explicó con toda claridad que las condiciones económicas y de empleo no pueden ser ignoradas cuando se identifican o interpretan las tendencias de la seguridad social.

Los programas de la seguridad social han sobrevivido hasta la fecha adaptándose a las circunstancias cambiantes, y sin duda serán necesarios nuevos cambios para tener en cuenta modificaciones tan importantes como el envejecimiento de la población, el número creciente de mujeres que entran a formar parte de la fuerza laboral, la inmigración en gran escala, etc.

De entrar en vigor el Tratado de Libre Comercio, tal y como ha sido señalado, es factible que se incorporen a los servicios de seguridad social un alto número de individuos lo cual obliga a prever las condiciones financieras y administrativas necesarias para poder otorgarles el servicio con calidad total. Sin embargo, el desafío no se agota ahí, pues por otra parte, también es importante superar los nuevos retos que enfrenta el cuidado a la salud, al constatar que simultáneamente se hacen presentes enfermedades propias de la extrema pobreza; epidemias que se creían superadas y casos de problemas circulatorios, cardíacos, de cáncer, sida y estrés.

Por otra parte, con el desarrollo de la informática y la robótica, el mercado laboral futuro muy probablemente se verá afectado y posiblemente no crecerá de conformidad con las exigencias del crecimiento demográfico. Más aún, aunado a lo anterior, el progreso tecnológico en el campo de la medicina, implicará el aumento de personas en edad jubilatoria y el decremento de la población económicamente activa.

A todo lo anterior, tal como se señala en la exposición, se debe añadir también el peso de la financiación de la seguridad social en el costo total de producción y servicios, y de manera más general, el porcentaje del producto nacional bruto asignado a los gastos sociales.

Ante esta coyuntura, es importante reflejar y tener ideas claras en mente acerca de las funciones que las instituciones de seguridad social llevan a cabo mejor, de modo que se reoriente oportunamente la gestión de éstas y se pueda desarrollar una gran capacidad de respuesta en su acción.

Como se desprende de las palabras del licenciado Ruiz Esparza, con las cuales coincido, la reorganización en la gestión debe apuntar en términos generales hacia:

- a) La redefinición de los sistemas de financiamiento.
- b) La maximización de la eficiencia en la recaudación, como garantía de la captación de los recursos que constituyen el soporte financiero indispensable para la prestación de servicios y seguros.
- c) Reestructuración de los paquetes de prestaciones, acordes a la disponibilidad de pagos de los contribuyentes, tendientes en todo momento hacia la facilidad y agilidad de acceso a las prestaciones.
- d) El acercamiento de la administración al ciudadano y mejorar los instrumentos de comunicación con la sociedad, a través de una reestructuración orgánica y funcional dirigida hacia una desconcentración, y mayor capacitación de los prestadores de los servicios.

Por último, quisiera finalizar exhortándolos para que nosotros, los servidores públicos e investigadores dedicados o vinculados a tan apasionante y trascendente labor, nos comprometamos a un mayor esfuerzo para que con imaginación, participemos en la decisión del camino que deben emprender las instituciones de seguridad social para adecuarse a la realidad en estos tiempos de necesarios cambios y transformación. Todo ello, teniendo cuidado de no adoptar esquemas que se contrapongan a nuestras raíces, historia, cultura y valores.

Por su atención muchas gracias.

COMENTARIOS A LA PONENCIA

RESPUESTA DEL MODELO MODERNO DE ATENCION A LA SALUD, A LOS RETOS ACTUALES Y FUTUROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Carlos E. Varela Rueda.

Iniciaré mi comentario al inquietante trabajo que ha presentado el doctor Norberto Treviño García Manzo haciendo una advertencia y un ofrecimiento.

La advertencia se refiere al hecho de que por conocer con cierto detalle el Modelo Moderno de Atención a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, algunos aspectos del comentario pudieran ir más allá de lo cubierto por el doctor Treviño. El ofrecimiento que espero cumplir, se refiere a que trataré de ser lo más objetivo posible.

Aunque no se habló de él explícitamente como un reto, considero que el desafío principal que se plantea a la seguridad social de hoy y, sobre todo, a la del futuro, es que la atención a los grupos protegidos se otorgue más en función del proceso salud-enfermedad que de la enfermedad.

Son razones históricas muy diversas las que han conducido a orientar el trabajo médico y el de las profesiones afines alrededor de la enfermedad, que se descubrió y se le dio su verdadero valor a la salud.

Considero que el Modelo ofrece una respuesta real al problema, ya que claramente se compromete a atender integralmente el proceso salud-enfermedad. Es conveniente recordar aquí que desde hace treinta años que surgió el libro de Hugh Rodman Leavell y E. Guarnsey Clark intitulado "Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach", se empezó a hablar de la historia natural de la enfermedad, hecho que en México ha sido dominante durante los últimos veinte años.

Leavell y Clark realmente estaban interesados más en los niveles de aplicación de las medidas preventivas que en el modelo de la historia natural de la enfermedad por sí mismo, modelo que, por lo tanto, subordinaron al desarrollo conceptual de los niveles antes citados.

El Modelo Moderno de Atención a la Salud recupera, aplica y supera los principios propuestos por Leavell y Clark, ya que enuncia sus acciones en función del proceso salud-enfermedad y ofrece una respuesta de tipo procesal a las necesidades sociales que es factible, equilibrada y costeable para la seguridad social.

Dichos principios obligan a considerar que cualquier enfermedad o condición morbosa del hombre es resultante de un proceso dinámico; que el proceso evoluciona como resultado de múltiples causas que afectan la interacción del hombre con los agentes de enfermedad; que los efectos de la enfermedad no solo se producen en el individuo, sino en la población en general; que ni la salud, ni la enfermedad son estáticas o estacionarias; y que cualquier cambio de salud y enfermedad en el hombre tiene su origen en otros procesos que ocurren antes de que el hombre se vea involucrado.

El enfoque procesal del Modelo Moderno de Atención a la Salud lleva a cuidar el subproceso de la salud y a interrumpir, tan pronto como sea posible durante su curso, el subproceso de la enfermedad. Me parece evidente que si se atiende adecuadamente el proceso salud-enfermedad con un enfoque anticipatorio, se estará en mejores condiciones de cumplir las obligaciones y responsabilidades que actualmente se presentan como retos para la seguridad social.

Para participar en la atención de la Salud, la medicina de la seguridad social debe cumplir un conjunto de funciones específicas y generales. Entre las primeras se encuentran la promoción y el fomento de la salud, la protección específica contra las enfermedades, la prevención de los padecimientos, la recuperación de la salud de los que han enfermado y la rehabilitación de los que han sufrido daños significativos a su salud. Es conveniente recordar que las funciones específicas se cumplen a través de funciones generales que deben formar parte clara de las responsabilidades de los servicios de salud de la seguridad social: la salud pública, la atención médica individual y familiar, la educación y la investigación médicas.

La seguridad social debe generar las condiciones propicias para que los servicios de salud integren eficientemente las funciones específicas y las funciones generales de la medicina.

El doctor Treviño nos comentó en su presentación, que el Modelo consta de cuatro funciones generales:

- Realizar acciones para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños a la salud,
- Otorgar atención médica integral,
- Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención de la salud, y
- Realizar investigación médica.

Permitaseme recordar lo que tantas veces ha dicho en otros foros el propio doctor Treviño y que se refiere a que existe una justa correspondencia entre las funciones del Modelo y las funciones generales de la medicina antes referidas, lo cual es una cualidad adicional del Modelo que facilita la respuesta a los retos de la seguridad social.

De lo mencionado por el doctor Treviño en relación al entorno político, social y económico que a mi parecer ya tiene efectos deletereos sobre la seguridad social y la presiona, estimo pertinente plantear que en dicho entorno están presentes algunas contradicciones que es poco probable que desaparezcan con facilidad, pero que si se aplica lo prescrito en el Modelo podrían ser superadas a favor del hombre y de la sociedad en que éste se encuentra incluido.

En todo caso, se podría lograr disminuir las diferencias notables que resultan de que en el entorno coexista la riqueza con la pobreza; de que ocurra la transición demográfica en donde encontramos muchos adolescentes y adultos jóvenes y cada vez más un número considerable de individuos viejos; de que esté presente la transición epidemiológica demostrable por la existencia de enfermedades transmisibles agudas al mismo tiempo que ocurren las enfermedades crónicodegenerativas, a las que se agregan, por un fenómeno de contratransición, enfermedades que parecían haber sido superadas como el cólera y padecimientos nuevos como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; de que el ejercicio de la autoridad sea de predominio autocrático y con el coexista el que lo tiene de tipo democrático y de que se logre un bienestar social inmenso para unos cuantos individuos a costa del bienestar social de las mayorías.

El Modelo Moderno de Atención a la Salud es un instrumento a favor de la seguridad social y tiene en ésta su mejor apoyo y fundamento por ser una modalidad de convivencia humana que contribuye a atenuar las desigualdades y a enaltecer lo mejor de los seres humanos en cuanto a entes biológicos, psicológicos y sociales.

Estoy de acuerdo en que el Modelo es una alternativa viable para apoyar la ampliación de la cobertura de la seguridad social que es de esperarse ocurra en el futuro, pero mas bien creo que es la mejoría en las condiciones sociales y económicas, particularmente

en estas últimas, la que verdaderamente permitirá ampliar la cobertura. De ese reto para la sociedad se deriva el reto para el Modelo que no es otro que responder adecuadamente a las necesidades de salud y a las demandas de atención médica de la población, independientemente de que sea mucha o poca la cobertura.

El modelo responde muy bien a las exigencias de justicia social, si por ello se entiende lo que debe hacerse según el derecho a la razón y que obliga a darle a cada uno lo que le pertenece. El Modelo reconoce esta obligación, y por eso coincido en el hecho señalado por el doctor Treviño de que es una respuesta a los retos de la seguridad social, mismos que han estado presentes desde siempre.

Lo anterior me permite coincidir también acerca de que el Modelo puede responder a las necesidades de equidad que como señala el doctor Treviño, es la igualdad de provisión de servicios a toda la población, sin hacer distinción de las condiciones de los individuos, cualesquiera que éstas sean. Pero el Modelo también es, como lo refirió el doctor Treviño, una respuesta a los retos de equidad en función de la procuración de la salud y de su incremento, ya que se compromete a dar igualdad de trato a todos los individuos o poblaciones que tengan necesidades de la misma naturaleza, cantidad o calidad.

El punto que me ha parecido más difícil de abordar es el que se refiere a los retos financieros, ya que pienso que la mejoría en las condiciones sociales y económicas propias de la sociedad es lo que permitirá superarlos. En todo caso, el reto que deberá lograr resolver el Modelo puesto en marcha, es el de contribuir a un uso racional de los recursos financieros disponibles, independientemente de que sean pocos o de que sean muy abundantes.

No se plantea que se deban reducir los presupuestos. Se trata de presupuestar bien y de gastar mejor. El gasto debe ser racional, no poco; aunque si se es racional, se pueden contener los costos, estirar los presupuestos y aumentar el número de acciones. El reto para el Modelo es contener los costos y no disminuir los presupuestos.

La seguridad social del futuro tendrá que ser más eficiente. Estoy de acuerdo en que es un gran reto. Sin embargo, creo que el Modelo lo reconoce más como una obligación que como una respuesta; es el cumplimiento de tal obligación lo que en mi opinión es el verdadero reto, y lo es, porque la crisis que vive la seguridad social es una situación que al mismo tiempo se presenta como encrucijada y como oportunidad.

El uso racional de los recursos orientado a conseguir el abatimiento de los costos y el logro de mejores servicios que es otro de los grandes retos de la seguridad social, es una herramienta que puede ser la clave para resolver los múltiples problemas que en el presente enfrentan los servicios de salud de la seguridad social, porque habrá posibilidades nuevas sin tener que hacer mayores gastos.

Por otra parte, coincido con el doctor Treviño acerca de que el equilibrio que plantea el Modelo en sus cuatro funciones es el pilar fundamental que permitirá contribuir a la racionalidad del gasto y a la contención de los costos y que para ello es fundamental que se desarrollen a plenitud las acciones que corresponden tanto a la formación, capacitación y desarrollo del personal para la atención de la salud como las que corresponden a la realización de la investigación médica.

Aunque no lo señala explícitamente, ciertamente el Modelo deberá contribuir a supeditar el gasto al ingreso, particularmente si se toma en cuenta que éste tendrá un límite que estará siempre enfrentado a la obligación de satisfacer una mayor demanda de servicios de salud y a enfrentar los costos crecientes de los insumos y equipos con que se deberán otorgar dichos servicios. Me parece que para contribuir a lograrlo, la educación y la investigación médicas son los mejores baluarte del Modelo.

El asunto de la calidad es toral. Las instituciones de seguridad social necesitan mejorar continuamente. La seguridad social mexicana no es la excepción. Si no se realizan las acciones con calidad, será muy difícil que se logre la justicia, la equidad, la eficiencia y la contención de los costos.

Estoy de acuerdo en aquellos aspectos en los que el doctor Treviño pone énfasis para mejorar la calidad. Por mi parte, deseo destacar que el objetivo y fin último del Modelo es, además de resolver el problema al usuario, lograr que éste obtengan satisfacción por el servicio recibido.

Sólo cuando la totalidad de los beneficiarios de la seguridad social experimenten dicha satisfacción, se podrá considerar que se ha vencido ese que es uno de los retos principales. En tanto se logra y, como medio para alcanzarlo, el Modelo ofrece todos los demás atributos que lo constituyen, ya que la mejoría continua en lo que a cada uno de ellos se refiere es la contribución mejor que se puede hacer para lograr la calidad total.

Considero fundamental recordar que la interacción entre el usuario y el prestador de los servicios es una interacción humana, no objetal ni instrumental y que sólo si esta interacción ocurre en los términos que el Modelo plantea se podrá hablar de logro en lo que a calidad se refiere.

El mundo de la seguridad social es el mundo de todos, o debiera serlo, por eso estoy de acuerdo con el doctor Treviño en que el Modelo obliga a la colaboración con el sector privado y no a la competencia con él. Creo que sólo si hay colaboración se podrán alcanzar los fines de la seguridad social, ya que estos buscan una sociedad más justa y más igualitaria, misma que no se puede conseguir compitiendo.

El gran reto es encontrar las mejores formas de colaboración y que cada quien haga lo que le corresponde en apoyo y beneficio a los demás. Considero que es lícita la ganancia a la que aspira el sector privado en todas las áreas de la economía. El Modelo no se opone a ella. Lo que busca es colaborar con todos aquellos interesados en la atención de la salud y en sus beneficios. La seguridad social habrá de ser competitiva pero no competidora.

El liberalismo social plantea que la salud es un compromiso ineludible para el Estado y que implica la corresponsabilidad en la solución de las carencias. Así, promueve nuevos esquemas para que haya una participación más amplia con el fin de solucionar los problemas y de dar una respuesta más eficaz en el otorgamiento transparente y equitativo de los servicios. Para la seguridad social, por lo menos para la mexicana, éste es el reto. La colaboración es el medio y el Modelo Moderno de Atención a la Salud lo plantea como un compromiso. Yo creo que nos permitirá superar el reto.

Deseo terminar señalando que si bien es cierto que como dice el doctor Treviño, el Modelo se refiere a una situación ideal a alcanzar y que es una guía para apoyar los problemas que se dan en la atención al proceso salud-enfermedad, por mi parte me permito plantear que implica una filosofía poderosa, capaz de responder a los retos y necesidades de la seguridad social, pero que tenemos que ser cuidadosos de que dicha filosofía se traduzca en la realización de las acciones que la realidad necesita y que el Modelo prescribe, ya que parafraseando al devaluado Carlos Marx, con el Modelo de Atención a la Salud no se trata de interpretar al proceso salud-enfermedad, sino que se trata de transformarlo.