

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial 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.

Factores Económicos en la Atención a la Salud

M. MADRAZO NAVARRO
P. CERVANTES PEREZ
M. GONZALEZ SALAS

Serie Estudios
41

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social



Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios

issemym

Secretaría General
Comisión Americana Médico Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Genaro Borrego Estrada
Presidente

María Elvira Contreras Saucedo
Secretaría General

Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General

Ma. del Carmen Alvarez García
Ana Luz Delgado Izazola
Octavio Augusto Jiménez Durán
Rodolfo Pérez Reyes
Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968-7346-64-7

Comisión Americana Médico Social (CAMS)

Junta Directiva

Presidencia:

Dr. Mario Madrazo Navarro
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Vicepresidencias:

Dr. Sergio Solíz Antezana
Caja Nacional de Salud
Bolivia

Dra. Julieta Rodríguez Rojas
Caja Costarricense de Seguro Social
Costa Rica

Dr. José Mauricio Varela Ramos
Instituto Hondureño de
Seguridad Social
Honduras

Dr. Valentín Cuesta Arámburu
Caja de Jubilaciones y Pensiones de
Profesionales Universitarios
Uruguay

Secretaría Técnica:

Dr. Jorge R. Arévalo Ochoa
Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social
Guatemala

***Factores económicos
en la atención a la salud***

COMPILADORES

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

DR. PORFIRIO CERVANTES PEREZ

LIC. MARCELA GONZALEZ SALAS

APOYO TECNICO

VIRGINIA REYES MUÑOZ

MA. GUADALUPE GUZMAN ZAMUDIO

AUTORES

Arreguín de los Reyes, Joaquín

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Fomento a la Salud
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)

Arriaga Sánchez, Miriam

Coordinadora Administrativa. Dirección de Finanzas y Planeación ISSEMYM

Azuara Yarzabal, Frinné

Delegada Estatal del Instituto Nacional Indigenista. Estado de México

Becerril Carmona, Mónica

Jefe del Departamento de Servicios Especializados ISSEMYM

Cabral Soto, Javier

Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad

Cacho Salazar, Julio

Director General de Planeación, Secretaría de Salud, México

Camargo Vázquez, Pedro

Titular de la Subjefatura de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Carlos Cárdenas, María Concepción

Investigador Titular del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social (CEDESS)

Cervantes Pérez, Porfirio

Titular del Área de Planeación y Programación. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS

Davis Contreras, Rodolfo

Coordinador del Plan V.I.P. ISSEMYM

Delena Avila, Héctor H.

Coordinador de Auditorías de Servicios Médicos. Controlaría Interna. ISSEMYM

Díaz Sámano, Ana María

Directora de Finanzas y Planeación Interna. ISSEMYM

Flores Cánovas, Yolanda

Directora de Atención Médica. ISSEMYM

García García, Alicia

Subdirectora de Atención Primaria. ISSEMYM

García Luna Herrera, Alejandro

Jefe del Departamento de Atención Médica. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Estado de México

García Vilchis, Luz Aurora

Jefe del Departamento de Programación y Presupuesto. ISSEMYM

Garibay Ochoa, Delfino

Delegado del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México

Gómez Tagle Fernández, Patricia

Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica. ISSEMYM

González Salas, Marcela

Directora General. ISSEMYM

Güemes Ruano, Andrés Fernando

Jefe de la Unidad de Modernización. ISSEMYM

Madrazo Navarro, Mario

Director de Prestaciones Médicas. IMSS

Martínez Corona, Martha Rosario

Jefe del Departamento de Diagnóstico. ISSEMYM

Muñoz Valencia, Armando

Director de los Servicios Médicos. ISSEMYM

Olivares Lugo, María Gracia

Asesora Técnica. ISSEMYM

Piña García, Angélica

Supervisor Técnico en Sistemas. ISSEMYM

Ramírez Torres, Juan Luis

Investigador del Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México

Rodríguez Gallardo, Lorenzo

Coordinador de Programas. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS

Vázquez Pozas, Luis

Director General de Fiscalización. Secretaría de Finanzas y Planeación. Gobierno del Estado de México

Vega Vega, Genaro

Titular de la Coordinación de Sistemas de Atención a la Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)

INDICE

| | |
|---|----------|
| INTRODUCCION | 9 |
| CAPITULO I: FACTORES ECONOMICOS EXTERNOS. MARCO GLOBAL DE LA ECONOMIA | |
| Modelos económicos y atención a la salud. <i>Dr. Julio Cacho Salazar</i> | 13 |
| Desarrollo económico y social. Notas a propósito de la aldea global y la salud. <i>Dr. Juan Luis Ramírez Torres</i> | 17 |
| El mercado de la salud. Papel del estado. <i>M. A. Miriam Arriaga Sánchez</i> | 24 |
| CAPITULO II: FACTORES ECONOMICOS EXTERNOS. POLITICAS NACIONALES EN MATERIA ECONOMICA Y DE DESARROLLO SOCIAL | |
| Políticas nacionales, económicas y sociales. Generalidades. <i>Dr. Joaquín Arreguín de los Reyes</i> | 29 |
| Políticas de empleo y sus consecuencias en la salud. <i>Dr. Héctor H. Delena Avila</i> | 44 |
| El fenómeno de la pobreza. <i>Dra. Frinné Azuara Yarzabal</i> | 52 |
| Cobertura de salud para poblaciones marginadas. Estrategias del Programa IMSS-Solidaridad. <i>Dr. Javier Cabral Soto</i> | 59 |
| Política económica y seguridad social. <i>C.P. Rodolfo Davis Contreras</i> | 64 |
| En defensa de la seguridad social. <i>Lic. Marcela González Salas.</i> | 68 |
| CAPITULO III: FACTORES ECONOMICOS INTERNOS. CONDICIONANTES ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCION A LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES | |
| Problemática financiera de las Instituciones de Seguridad Social. <i>Lic. Ana María Díaz Sámano</i> | 81 |
| Estrategías generales de viabilidad financiera. <i>C.P. Luis Vázquez Pozas</i> | 86 |
| Estrategías para alcanzar la viabilidad financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Lic. Delfino Garibay Ochoa</i> | 88 |

| | |
|--|-----|
| Papel del Sector Privado. <i>Dr. Genaro Vega Vega</i> | 96 |
| Problemática administrativa de las instituciones de seguridad social. <i>Lic. Andrés Fernando Güemes Ruano</i> | 103 |
| Modernización administrativa. <i>Dr. Alejandro García Luna Herrera</i> | 108 |

**CAPITULO IV: FACTORES ECONOMICOS INTERNOS
CONTROL DE LOS COSTOS DE LA ATENCION
A LA SALUD**

| | |
|--|-----|
| Políticas de control de costos. <i>Dr. Porfirio Cervantes Pérez</i> | 117 |
| Costos directos e indirectos. <i>M. en C. María Concepción Carlos Cárdenas</i> | 125 |
| Incorporación de tecnología. <i>Ing. Pedro Camargo Vázquez</i> | 133 |
| Experiencias institucionales. Estrategias de control de costos. <i>Ing. Mónica Becerril Carmona, Dra. Martha Rosario Martínez Corona y Dra. Angélica Piña García</i> | 138 |
| Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación por Area de Servicio en Atención a la Salud. <i>Mtra. en Admón. Luz Aurora García Vilchis</i> | 142 |

**CAPITULO V: FACTORES ECONOMICOS INTERNOS.
ESTRATEGIAS DEL MODELO DE ATENCION
A LA SALUD**

| | |
|--|-----|
| Prioridades programáticas. <i>Dra. María Gracia Olivares Lugo y Dra. Yolanda Flores Cánovas</i> | 149 |
| Estrategias de atención primaria de la salud. Medicina Preventiva vs. Medicina curativa. <i>Dra. Alicia V. García García y Dra. Patricia Gómez Tagle Fernández</i> | 154 |
| Desconcentración y descentralización. <i>Lic. Lorenzo Rodríguez Gallardo</i> | 163 |
| Modelo de atención regionalizado ISSEMYM como estrategia de la Seguridad Social. <i>Dr. Armando Muñoz Valencia</i> | 166 |

INTRODUCCION

El principal problema que enfrentan en la actualidad los sistemas de salud, y dentro de ellos las instituciones de seguridad social, es el de mantener la equidad y la calidad de los servicios en condiciones de restricciones económicas, incremento de los costos y mayores demandas de la sociedad.

El debate en este sentido debiera ir abandonando el aspecto conceptual para ubicarse de lleno en el terreno de la práctica. Ya no se discute por obvia, la relación recíproca entre la salud y la economía, ni las razones y conveniencias de la inversión productiva en salud, ahora es preciso establecer las líneas estratégicas que permitan aprovechar las ventajas de la globalización y rechazar con firmeza sus inconvenientes; adecuar las políticas nacionales en materia de desarrollo social; promover la excelencia gerencial en salud y la contención racional de los costos y aplicar nuevos modelos de atención a la salud que contemplen programas con criterios de costo beneficio para atender necesidades reales de salud.

En congruencia con lo anterior, la Comisión Americana Médico Social, órgano técnico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, realizó conjuntamente con el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), una Reunión Técnica sobre "Factores Económicos en la Atención a la Salud" cuyos objetivos fueron por una parte, el análisis crítico de los diferentes factores externos e internos de índole económica, que afectan los servicios de atención a la salud en las instituciones correspondientes, y por otra, destacar y difundir las diversas estrategias que las propias instituciones contemplan como medio para superar la problemática que patea la interacción de dichos factores.

Del 3 al 5 de septiembre de 1997 se llevó a cabo la Reunión en instalaciones del ISSEMYM en la Ciudad de Toluca, Estado de México, contando con la participación de 45 ponentes y comentaristas y una audiencia cercana a las 300 personas, en un ambiente caracterizado por la pluralidad de criterios y el elevado nivel de crítica y propuesta.

La presente obra que publican la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, se sustenta en una selección de ponencias que se presentaron en el curso de la Reunión. La Comisión Americana Médico Social, espera que la obra sea una contribución efectiva en el amplio y complejo universo de los factores económicos que se relacionan con la atención a la salud.

CAPITULO **1**

**FACTORES ECONOMICOS EXTERNOS.
MARCO GLOBAL DE LA ECONOMIA**

MODELOS ECONOMICOS Y ATENCION A LA SALUD

Dr. Julio Cacho Salazar

El presente artículo cumple dos objetivos. Por un lado describe algunos aspectos generales de los elementos que se utilizan para conformar un modelo económico, y por otro, señala los elementos esenciales para integrar un modelo de atención médica, tomando en cuenta que un modelo económico ya aterrizado en los servicios de salud, sería más bien un modelo econométrico, donde la atención médica es una variable, aunque no la única, dado que hay otras variables que inciden en la salud, como el empleo, la producción y los aspectos económicos como la inflación, la masa monetaria en sí y el crédito, entre otros.

Un modelo es una representación gráfica, objetiva y medible que integra una serie de elementos. Para referirse específicamente a los modelos económicos es necesario remontarse al origen de las situaciones económicas. Aquí se identifican en primer término los llamados **hechos económicos** que se dan con el objeto de satisfacer las necesidades del hombre primitivo y que tienen como característica el darse independientemente de que sean conscientes o no. Cuando el hombre empieza a identificar conscientemente estos hechos, aparecen los **actos económicos** que tienen su origen en dos situaciones: la limitación de los recursos y la mutua exclusión, de modo que el hombre tiene que plantearse conscientemente qué producir, cómo producir, cuánto producir y para quiénes producir.

Los recursos desde el punto de vista económico se denominan también **factores económicos** y comprenden la tierra, el trabajo, el capital y la organización. La tierra va estar representada por los elementos que nos da la naturaleza y el trabajo por todas las actividades que hace el hombre para satisfacer sus necesidades.

El tercer recurso es el capital, no en sí el dinero, aunque frecuentemente se toma como sinónimo, sino que corresponde a todos aquellos instrumentos, instalaciones o equipos, que permiten que el trabajo sea más fácil, más productivo, más rápido y más seguro.

Para algunos economistas, otro factor importante es también, la organización. Es un recurso importante, respecto del cual existen diferentes escuelas: la escuela europea que toma la organización como una evolución del trabajo y por consiguiente, como un valor agregado, y el pensamiento capitalista que lo menciona como un recurso completamente independiente.

Hemos dicho que la economía nace primero con hechos económicos que no son conscientes, los cuales al hacerse conscientes, se convierten en actos económicos. Una se-

rie de actos económicos, crea lo que se denominan **actividades económicas** y por ende un **sistema económico**. Dentro del ámbito de la salud, el acto médico también tiene la característica de que es un acto consciente, voluntario y premeditado y el conjunto de estos actos médicos va a originar la atención médica o la atención a la salud y por consiguiente el sistema de salud.

En la práctica, en la vida diaria, existe una serie de sistemas que interactúan y son cada vez mas interdependientes. Por ejemplo, el sistema de salud es interdependiente de los sistemas económicos, político, comercial, industrial, cultural, religioso, educativo y demográfico. La fundamentación de cómo se van creando estos sistemas y cómo se interrelacionan está contenida dentro de **un marco filosófico y programático**. El marco filosófico, que se refiere a la concepción que tenga la sociedad o los líderes de esa sociedad, en relación al hombre, a la satisfacción de sus necesidades y por ende a la producción de estos satisfactores, se va a traducir en un marco jurídico y se concreta a través de programas, como sería en el caso de nuestro país, el **Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Reformas al Sector Salud y los Programas Estatales de Salud o Desarrollo**.

Los modelos económicos que existen actualmente, parten de dos principios o dos filosofías, una la del **mercado libre** o capitalista y la otra, la de los sistemas económicos programados sobre **economías controladas centralmente** o socialista. En la primera, el capital es el que se lleva el mayor valor agregado, en la segunda el valor agregado lo da el trabajo y por consiguiente la utilidad o los rendimientos se los debe llevar el trabajador.

En la práctica, en los años noventa de este siglo, ya no existe ningún país que sea completamente capitalista ni completamente socialista o de planificación centralista. Los países que tradicionalmente se les denominaba socialistas, si bien han cambiado su modelo económico, esto no ha sido más que una adaptación a las nuevas situaciones de competencia internacional, partiendo de un capitalismo de estado, más que de un socialismo. En la actualidad, se tienen dentro de los marcos jurídicos e incluso dentro de los principios filosóficos, algunos aspectos de origen socialista y otros de origen capitalista, aunque en el mundo en general, en el comercio internacional y en la producción internacional, sigue predominando el modelo capitalista.

Independientemente del tipo de modelo económico, los administradores de la salud deberán considerar antes de tomar cualquier decisión, un marco conceptual, basado en la ética, para determinar quién necesita los servicios, quién los paga y quiénes tienen derecho. Dentro de un sistema capitalista, esto está claramente especificado en las leyes, pero tratándose de la salud, a veces quien tiene más necesidad es el que menos tiene derecho o es el que aparentemente no lo paga; ese es todavía el principal problema económico de nuestros modelos de salud, existe todavía mucha injusticia, no sólo en la cobertura o en la calidad, sino también en la accesibilidad. En este sentido, el marco conceptual tendrá que ser lo que más incida en el futuro, en los modelos económicos o de atención a la salud.

Tanto en la teoría capitalista como en la socialista el común denominador es el valor que les da a las cosas o los servicios. Para la doctrina socialista, las cosas tienen valor por el trabajo que llevan: si una cosa tiene más trabajo, vale más; pero el trabajo no todo es igual, en especial en salud, la producción de los servicios tiene un trabajo concreto que es lo que ve la mayoría de la gente, (una consulta, una intervención quirúrgica, una atención de urgencia), pero muy pocos ven todo el trabajo abstracto que hay detrás, por consiguiente, el valor que van a estar dispuestos a pagar tanto los dirigentes de una nación como los usuarios, va a estar relacionado más al trabajo concreto que se ve y no al trabajo abstracto que implicaría los años de estudio del médico, la actualización permanente y el esfuerzo mental para concretar un tratamiento.

Por otro lado, esta misma teoría dice que el valor no solamente se debe al trabajo, sino también a la mercancía, dependiendo del valor de uso o el valor de cambio. Una mercancía muy especializada como son muchos de los equipos de salud que tienen un uso muy específico y un cambio o intercambio mínimo, tendría poco valor. Este es otro factor que influye en que se valore menos la salud y en especial la atención médica.

Las doctrinas capitalistas por su parte dicen que en realidad el hombre produce, intercambia y consume básicamente por necesidades. Al capitalismo se le critica que va creando necesidades. En efecto, se llegan a tener necesidades de consumo de muchos bienes y servicios, no porque tengan valor en sí mismos, sino porque tienen un valor para el que los consume.

En el proceso de consumo, el primer paso es la identificación de una necesidad y luego el conocimiento de los bienes que satisfacen esa necesidad. Por otro lado, el consumidor va identificando una serie de precios en el mercado, precio que no es solamente lo que se paga en ese momento, sino lo que implica todo lo relacionado a la adquisición. Tratándose de la atención a la salud, el precio no va a estar dado nada más por lo que paga el usuario, sino por el costo del transporte, el costo del tiempo o las filas de espera o el diferimiento de citas. Incluso hasta el maltrato y los trámites administrativos, todo eso va a incrementar el precio, lo mismo que las tendencias del mercado, que también impacta mucho en los modelos.

Cuando se analizan modelos económicos y modelos de atención a la salud, se debe recordar que son interdependientes, siendo en muchos de los casos, más dependientes los modelos de atención médica del sistema económico que viceversa. Aunque se diga que el gasto de salud no es tal, sino una inversión y que al mejorar los niveles de salud se va a mejorar la economía, el sistema capitalista se comporta en forma inversa. Por consiguiente, se debe tomar en cuenta que la medicina no solamente tiene una serie de limitaciones como ciencia biológica, sino que también va a tener una serie de limitaciones económicas.

Por otro lado, el objetivo de la misma medicina va cambiando. Durante muchos años el esfuerzo económico de la medicina fue por prolongar la vida y ahora en muchos de los modelos lo importante es mejorar la calidad de vida. Otro cambio es que hasta la segunda mitad del siglo actual el objetivo de los modelos en el capitalismo extremo era el individuo, o el grupo social en el caso del socialismo. Ahora el sujeto objetivo es la

familia y el grupo geográfico. Los modelos actuales van orientados a la atención de la familia, en especial por el comportamiento de consumo.

Existen factores condicionantes en todos los modelos, donde se incluyen los aspectos demográficos, de educación y de hábitat, la vivienda, el transporte, la vialidad, la renta que es el ingreso del individuo, el empleo y sus características. Todo lo anterior, va a generar riesgos por un lado y por otro, va a influir en los daños.

Los riesgos para la salud, se han ido modificando. De ahí que la planeación de los modelos de salud, deberá ir orientada más a riesgos, o sea, a probabilidades. Cada vez más la planeación se va a fundamentar en estudios actuariales, y no en identificación de tendencias, porque lo importante va a ser cambiar la tendencia, no solamente preverla, lo cual se reflejará en la demanda. Respecto a la demanda cabe recordar que existe una demanda real, que es lo que se está solicitando de atención y una demanda potencial, que son necesidades de salud existentes, pero que no generan una demanda porque la población no las identifica como problema, o como necesidad. También hay que considerar que existen ciertas hipótesis o leyes de la economía en relación a la demanda, como sería la relación entre la demanda de un bien y su precio. Si aumenta el precio va a disminuir la demanda y viceversa. Esto en salud se ejemplifica con el hecho de que hay gente que tenía derecho a la seguridad social o tenía una capacidad de compra, pero que después de la crisis y del desempleo, ya no tienen derecho ni capacidad de compra, y por tanto empiezan a demandar un bien que tenía un precio diferente, como es la homeopatía, la herbolaría y la acupuntura, porque tienen un precio inferior.

Una de las características de los nuevos modelos de atención médica, es que cada vez están estableciendo lo que denominan paquetes básicos de servicios de salud que varían en relación al valor que se le dé a la vida humana. Así se identifican dos modelos: uno que va a dar mayor atención médica o a invertir más, de acuerdo a lo que se ha gastado en un individuo en especial. En este modelo un recién nacido no tendría valor pero un anciano si lo tendría. El otro modelo sería el que asignara mayor valor según las potencialidades, de modo que aquí un anciano no tendría ningún valor en la práctica.

En México se tiene una gran riqueza, no solamente de recursos, sino también de modelos y de alternativas de solución. Ha habido aportaciones muy importantes en el desarrollo de modelos y por consiguiente, más que criticar los que ha habido o existen, se deberán tomar en cuenta para construir otros cada vez mejores. Recordando que todo el esfuerzo debe estar orientado a que los nuevos modelos se construyan con justicia.

DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL. NOTAS A PROPOSITO DE LA ALDEA GLOBAL Y SALUD

Dr. Juan Luis Ramírez Torres

PRESENTACION

Las siguientes líneas no pretenden exponer cifras y gráficas de la relación economía-salud, tampoco en ellas se evalúan programas de desarrollo, ni corresponden a teorizaciones en materia económica y sociológica. Son, por el contrario, reflexiones obviadas, acaso ocultas por la oscuridad de la desesperanza, o víctimas de la amnesia sufrida ante la incertidumbre; son, por lo tanto, apuntes que intentan rescatar la memoria indispensable para hacer futuro, precondition indispensable a cualquier empresa de desarrollo que persiga el éxito de sus anhelos y transitar dignamente entre la salud y la felicidad de un milenio a otro.

EL MUNDO RELATIVO

Pensar a la sociedad actual exige hacerlo en la doble perspectiva local y mundial. Esto es así debido a que las relaciones humanas han trascendido fronteras nacionales, étnicas, culturales, ideológicas, políticas y geográficas, forzadas por el amplio intercambio migratorio, cultural y económico, facilitado por los modernos medios de comunicación, y a causa de las precarias condiciones económicas impenetrantes que impulsan a determinados sectores ir allende sus fronteras nacionales. Esta dinámica fue percibida por Marshall McLuhan y Bruce R. Powers, quienes destacan las distintas maneras de ver el mundo entre las culturas occidentales y las orientales, situación que relacionan con el mayor uso que hacen las primeras del hemisferio izquierdo del cerebro, a diferencia de las segundas que privilegian el hemisferio derecho; en palabras de los autores esto lo definen de la siguiente manera:

La facilidad de ordenamiento del hemisferio izquierdo es cuantitativa (diacrónica): leer, escribir, ordenar dentro de un parámetro de jerarquía significativa. El hemisferio derecho del cerebro es la zona de lo cualitativo (sincrónico), fuente de lo espacial táctil, lo musical y lo acústico. Cuando estas funciones hemisféricas están en verdadero equilibrio, que es raro, se obtiene como resultado un "conocimiento comprensivo". La verdadera conciencia siempre ha tenido un carácter sincrónico y diacrónico. El cuerpo caloso en el cerebro potencialmente promueve un saludable intercambio de clasificación y formación de imágenes entre los hemisferios. El mundo occidental, en particu-

¹ Marshall McLuhan y B.P. Powers. La Aldea Global, Barcelona, Editorial Gedisa, 1995, p.60.

² Ibidem, p. 66.

lar Europa y América, enfatiza el pensamiento del hemisferio izquierdo sobre la cognición del hemisferio derecho.¹

A lo anterior agregan que mientras el Tercer Mundo es principalmente oral-auditivo, el Primer Mundo es visual,² afirmación que se acerca con la de los psicoanalistas Ashley Montagu y Floyd Matson, quienes afirman que la sociedad moderna basa sus canales de comunicación entre los hombres, a través de medios audiovisuales (como radio, prensa, televisión y recientemente sistemas computarizados de multimedia), en tanto que las sociedades anteriores, además de éstos, han recurrido al uso importante de los sentidos del gusto, el olfato y el tacto, al grado de que la vida moderna, por el contrario, es prácticamente una sociedad de *intocables*.³

En consecuencia, nos encontramos ante la separación de las capacidades perceptivas, de donde resulta una conceptualización parcial del mundo que vivimos; derivado de esto, Occidente y Oriente, y de mi parte agrego, el mundo urbano y el rural, amén de las sociedades mestizas e indígenas, se distancian a partir de estas dos formas de mirar, oír, olfatear, saborear y tocar. Uno mide y cuantifica, el otro siente y hace metáforas. Surgen entonces lenguajes contrapuestos, Torre de Babel destinada al derrumbe. Es aquí cuando McLuhan y Powers indican que, abandonando la tendencia de mirar el medio que nos rodea de manera jerárquica y conectiva, se debe concentrar la atención en la arena de la interacción entre los dos modos de percepción y análisis para alcanzar el conocimiento comprensivo.⁴

Sin embargo, esta labor es harto compleja, para cumplirla es menester ampliar las relaciones comunicativas entre los pueblos de culturas diferentes. Al respecto, el filósofo Karl-Otto Apel observa que:

... podemos aceptar la conservación del pluralismo de las formas individuales de vida y aún asegurarlas mientras quede garantizado que una ética universalmente válida con derechos iguales y corresponsabilidad igualitaria sea respetada para solucionar los problemas comunes de la humanidad en cada forma particular de la vida...⁵

Con tales argumentos, Apel señala la necesidad de que el mundo contemporáneo cuente con una macro-ética universalista de la humanidad que se corresponda con un nuevo estado en la evolución cultural del hombre.⁶

Las anteriores consideraciones, si bien puestas en el tapete de las discusiones académicas actuales, tienen más de un antecedente ubicado, al menos a principios del siglo XX. Las perspectivas relativistas, contrarias de las visiones absolutistas y excluyentes, ya fueron consideradas desde la Física por Einstein,⁷ hasta la Antropología por Ruth

¹ A. Montagu y F. Matson. *El Contacto Humano*, México, Editorial Paidós, 1989.

² McLuhan y Powers, *Op. cit.* p. 61.

³ Karl-Otto Apel. "El problema de una macro-ética universitaria de la corresponsabilidad". En: *Simposium Internacional 500 Años: "Un pensamiento sin fronteras"*, volumen I, Toluca Universidad Autónoma del Estado de México, 1994, pp. 1-17, p. 12

⁴ *Ibíd.*, p. 1.

⁷ Albert Einstein. *La Teoría de la Relatividad*, Madrid, Alianza Editorial, 1973.

Benedict.⁸ El relativismo se potencia ahora en la consideración de que las distintas maneras de entender al mundo, incluida el de la Ciencia, obedece, no a un registro más o menos objetivo, o mayormente o menormente cargado de subjetividad, de veracidad o falsedad, sino a la *experiencia* individual, colectiva y socializada, tenida por cada grupo humano; Jean Piaget ha dado sólidos argumentos sobre la manera en que los procesos cognoscitivos, basados en la experiencia construyen sistemas conceptuales del mundo.⁹ La síntesis resultante de esa experiencia se concreta en la cultura de cada pueblo, la que a su vez implica una visión propia del mundo, que para sus creadores es tan *real* como cualquier otra, y por lo tanto sus procedimientos sociales, técnicos e ideológicos son igualmente eficaces. De esta manera, la concepción del mundo depende no solamente de lo observado, sino por igual, del *observador*,¹⁰ éste le dará una forma propia, le asignará un significado particular, distinto obviamente al de otro observador ubicado en un grupo y cultura diferentes. Esto es el mundo relativo y diverso en que vivimos.

DESARROLLO, SOCIEDAD Y ECONOMIA

Al igual que la evolución de las especies y la del Hombre, la historia humana no ha sido lineal, por lo que resulta inútil buscar eslabones perdidos de una supuesta cadena única. Cada especie, como cada sociedad, ha ensayado senderos por los cuales desarrollarse, si se dibujaran éstos se tendría una figura semejante a la de un árbol: distintas ramas, de cuyas puntas ya brotan otras pequeñas que apuntan en direcciones diversas.¹¹ Así es que el proyecto del *futuro humano* resulta incierto y queda regido por circunstancias multifactoriales; en el contexto globalizante, la confrontación de la diversidad cultural postula la incertidumbre sobre cuál tendencia social primará sobre el resto; apenas hace dos décadas, era común hablar del Primer, Segundo y Tercer mundos, hoy queda el hueco de los países de la Europa del Este; se habla del fin de la historia, de la caída de las utopías, de la desesperanza que invade a los pueblos, del papel que en esto ha desempeñado el llamado neoliberalismo. También hace apenas dos décadas, formaba parte del léxico de las oficinas gubernamentales, los intelectuales y las organizaciones civiles, el vocablo “desarrollo” en relación con la comunidad, la producción agropecuaria, el urbanismo, la industria, etcétera.¹² Este interés incluía la noción de progreso, término entendido de manera diferenciada según los distintos principios ideológicos y políticos con los que se les asociara; los grandes campos en que se dividían estos eran los relativos a las posturas “capitalistas” y “socialistas”, a las que corres-

⁸ Ruth Benedict. *El Hombre y la Cultura*, Barcelona, Editorial Sudamericana, 1970.

⁹ Al respecto puede verse: Jean Piaget, *Las representaciones del Mundo en el Niño*, Madrid, Ediciones Morata, 1978.

¹⁰ Sobre este asunto véase las interesantes reflexiones en: P. Watzlawick y P. Krieg. *El Ojo del Observador. Contribuciones al Constructivismo*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1994.

¹¹ Véase, entre otros, a: Gordon Childe, *La evolución social*, Madrid, Editorial Alianza, 1973. Y: H. Vallois, “El problema de la hominización”, Vallois, Vandel y otros, *Los procesos de hominización*, México, Grijalbo, 1969.

¹² Puede revisarse la producción bibliográfica editada por la Comisión Económica para América Latina.

pondían definiciones de progreso distintas ideológica y económicamente; pero la caída del Estado Soviético rompió tal dualismo, situación que, como se hubiera esperado conforme a un esquema unilineal, no implicó el dominio absoluto ni la victoria del opuesto “poder burgués”; los acontecimientos ocurridos entre las décadas ochenta y noventa aún están por definir sus resultados, pero de los que se extrae por lo pronto una enseñanza: no hay un sólo modelo de desarrollo-progreso-futuro. A cada pueblo, a cada cultura contemporánea, pueden corresponderle proyectos distintos para su mañana. Aquí radica el punto neurálgico de los conflictos contemporáneos, ya que las tendencias hegemónicas y etnocéntricas buscan imponer un único concepto, absoluto, intolerante y excluyente; surgen así, los fundamentalismos, las pugnas bélicas étnicas, nacionalistas, por dominios territoriales, al estilo de Medio Oriente y las historias recientes de la Europa Oriental.

Cuando se rompe el proyecto propio de un *nuestro mañana*, ante la imposición de un *futuro de progreso* elaborado a partir de un modelo *de un otro ajeno*, surge la desesperanza. La relevancia de esto es de tales proporciones que en los tiempos que corren, la *desesperanza* se refleja en el descrédito de las instituciones hasta ahora vigentes —oficinas gubernamentales, iglesias centenarias, organizaciones sociales o partidarias—; su lugar es ocupado por *organizaciones no gubernamentales*, nuevos movimientos y sectas religiosas, amén de numerosas asociaciones civiles, cuya gama ideológica es por demás diversa al igual que sus referentes filosóficos. Si los proyectos de futuro se han ido de las manos y se extiende la desesperanza, entonces se comprende la proliferación de actitudes sociales inscritas en el misticismo: culto a imágenes aparecidas en sitios públicos, procesiones a ciudades antiguas como Teotihuacan, o suicidios colectivos. Eventos que frecuentemente pregonan el término de una época anunciando el arribo de un nuevo orden, lo que se explica como respuesta a la ausencia de proyectos de futuro propios y acordes con las experiencias sociales, situación que significa el que las utopías sean factores de cambio y evolución de las sociedades y no un mero artificio de la imaginación.¹³ Para el caso mexicano, el antropólogo Guillermo Bonfil nos dejó una obra sustantiva: *México Profundo*,¹⁴ en la que señala que para alcanzar el desarrollo del país es necesario rescatar las herencias prehispánica, indígena y colonial dejadas por sus antecesores -que criterios civilizatorios ajenos a nuestra historia han negado-herencia con la cual es posible fundar una nueva esperanza cimentada en el pluralismo: utopía constructora de historia.

El hemisferio izquierdo atiende los aspectos visuales, verbales, lógico-matemáticos, lo lineal, secuencial, controlado, intelectual, mundano, activo, analítico y cuantitativo. Desde esta perspectiva se comprende el porque Occidente mide desarrollo y progreso, es decir, el éxito de sus proyectos, historia y utopías, a través de la cuantificación económica, y no, como sucedería desde parámetros del hemisferio derecho, a partir de lo holístico, simultáneo, emocional y cualitativo. En este contexto adquieren relevancia las palabras siguientes:

¹³ Al respecto consúltese: Esteban Krotz, *Utopía*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1988.

¹⁴ Guillermo Bonfil Batalla. *México Profundo. Una civilización negada*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Editorial Grijalbo, 1989.

Desde hace tiempo, según parece, los destinos de los pueblos latinoamericanos parecen discutirse más en términos de porcentajes de crecimiento, cuotas comerciales, tasas de interés y anulación o reanudación de mecanismos parlamentarios que en términos de las protestas, de los deseos y de las utopías de sus habitantes.¹⁵

La disyuntiva no se encuentra entre optar por un hemisferio u otro, sino en mantener la separación de ambos o realizar un conocimiento comprensivo que integre a los dos hemisferios. La segunda opción es compatible con la búsqueda de una macro-ética que posibilite la comunicación universal entre las diferentes culturas humanas, evento de pluralidad que permitiría la conquista de las utopías de cada pueblo. Esta aspiración equivale al proyecto de un futuro incluyente caracterizado por la tolerancia, la comunicación y el contacto humano. Antes estos planteamientos incluyentes y plurales, queda la interrogante para los países latinoamericanos, sobre cuáles han de ser sus proyectos de futuro y sus criterios —cuantitativos y cualitativos— para evaluar el avance logrado en su concreción. Parte de la respuesta a tal cuestión, debe buscarse en las experiencias peculiares de las naciones de la región, en las utopías indígenas, campesinas, urbanas, de las clases medias, empresariales, de las mujeres, ancianos y niños, de los jóvenes, de los hombres adultos, etcétera. Puestos los pies sobre tales bases, resulta factible levantar opciones acordes con los contextos vividos, es decir, que eficazmente nos lleven a un *desarrollo y progreso* propios, tolerados por los *otros diferentes a los nosotros*.

LA SALUD

Preservar la salud puede entenderse, entre otros conceptos, como el mantenimiento de la máquina fisiológica o como la preservación del bienestar integral del individuo y el grupo social al que pertenece. De uno a otro extremo podemos hallar problemas conceptuales sobre el asunto en casos como la noción del *dolor*, del cual se postula que es tarea primordial en los médicos eliminarlo;¹⁶ pero también se concibe al dolor como un misterio cuya comprensión plena es inalcanzable e inherente a la condición humana,¹⁷ por lo tanto imposible de anular definitivamente. Estas anotaciones evidencian que en el campo de la salud y la medicina, el relativismo también norma las configuraciones tenidas por ellas. La ciencia médica, como los parámetros económicos que pretenden medir el desarrollo, se rigen por los procesos cognoscitivos del hemisferio izquierdo, esto es, por referentes cuantitativos principalmente. No siempre se reconoce que la Medicina y las políticas de salud son producto de un tipo de *observador*, por cuyo filtro se construyen conceptos y acciones al respecto, de tal manera que la ciencia médica y sus acciones en la procuración de la salud quedan condicionados por el medio y el momento histórico en que se ubican,¹⁸ de tal manera que lo que se reclama como conocimiento científico absolutamente verdadero se relativiza a la condición de

¹⁵ Krotz, Op. cit, p. 144

¹⁶ Ernest R. Hilgard y Josephine R. Hilgrad, *La hipnosis en el alivio del dolor*, México, Fondo de Cultura Económica, 1990, p. 44.

¹⁷ David Morris, *La cultura del Dolor*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1996, p. 26.

¹⁸ Véase para Europa, Michalel Foucault, *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo Veintiuno Editores, 1991. Sobre México: María del Carmen Anzúres y Bolaños,

un *discurso médico* ¹⁹ entre otros, con su sistema conceptual y operativo que posee eficacia terapéutica por razones objetivas y subjetivas simultáneamente. Esta afirmación, pretende romper con las visiones unilaterales, absolutistas y excluyentes que hoy en día deben abrir paso al pluralismo y al conocimiento comprensivo.

Instalados en el relativismo al que nos lleva la actual globalización, podemos comprender que para unos la salud es asunto de bienestar biopsicosocial, para otros es la ausencia de dolor, o bien, es producto de hechicería, del pecado, o del desorden cósmico. Enfermar es una anormalidad fisiológica con implicaciones psicológicas y sociales, óptica que nos lleva al concepto de *padecer médico* propuesto por el Dr. Fernando Martínez Cortés, quien lo define como las molestias y anormalidades que *vive* determinada persona a causa de alteraciones objetivas y subjetivas.²⁰ Esta óptica permite empatar la relativización social y económica con la idea de salud, y por ende, con el quehacer de la medicina, ya que integra los aspectos cuantitativos separados por los conocimientos occidental y oriental, y a lo que debe agregarse la observación antes apuntada del dolor, asociado con la enfermedad, como un evento inherente a la existencia humana, lo que indica que la enfermedad y la salud son dos entidades que forman parte de un mismo sistema, las dos caras de una misma moneda; sin la enfermedad y el dolor no serían posibles los procesos adaptativos del hombre a nuevas circunstancias, ya que gracias a esas sensaciones desagradables, a ese padecer, los individuos a lo largo de la evolución e historia, han construido opciones de adecuación fisiológica, morfológica, psicológica, social y cultural; de esta manera, enfermar no es exclusivamente sinónimo de peligro de muerte, a la vez *señala y alerta* sobre la necesidad de superar circunstancias adversas que ponen en riesgo la existencia del grupo social y de los individuos que lo componen. Si la enfermedad logra hacer tomar conciencia de ello a la sociedad que la sufre, entonces al resolver el problema se pasará a un estudio de mejores condiciones de vida, lo que evidencia al proceso salud-enfermedad en la condición de mecanismo dialéctico de adaptación positiva.

Por su parte, la salud guarda ese mismo carácter dialéctico que impulsa procesos adaptativos en los planos biológicos y social. Si la enfermedad es dolor y padecer que implica sufrimiento, la salud, en contraparte, se puede asociar con el placer y la felicidad, en este sentido la búsqueda de salud, es a la vez búsqueda de felicidad:

El sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y al aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implecables: por fin, de las relaciones con otros seres humanos. El sufrimiento que emana de esta última fuente quizá nos sea

¹⁹ Véase: Jean Clavreul, *El Orden Médico*, Barcelona, Argot, 1983.

²⁰ Fernando Martínez Cortés. *Enfermedad y Padecer*, México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.

más doloroso que cualquier otro; tendemos a considerarlo como una adición más o menos gratuita, pese a que bien podría ser un destino tan ineludible como el sufrimiento de distinto origen.²¹

Palabras de Sigmund Freud que dan pie a encadenar a la salud con la felicidad, aspiración humana profunda, asociada con categorías de calidad antes que de cantidad, como el amor, la risa, el placer, el arte, un atardecer en el mar, posibilidades todas, trastocadas, anuladas o prohibidas por la pobreza, el desempleo, la inflación, los fenómenos naturales. La incertidumbre socioeconómica se convierte así en malnutrición, en falta de servicios, en condiciones insalubres, en inseguridad, en violencia, en desesperanza, todo esto entonces se hace estrés, se hace alteración fisiológica, se hace enfermedad que reclama una terapéutica de nuevo cuño, que emane del conocimiento comprensivo, que reúna lo izquierdo y lo derecho del pensamiento y experiencia humanas; que una la célula y los sentimientos, lo bio-lógico y lo bio-gráfico del individuo, que aspire a un proyecto de salud que colabore en la felicidad de los hombres. Objetivo que en términos absolutos es ciertamente inalcanzable, que es utopía, pero en cuya persecución los hombres emprenden proyectos que hacen historia. De esta manera, la salud forma parte de las utopías humanas, que en relación dialéctica con la enfermedad hacen posible que el hombre siga habitando este planeta.

CONCLUSIONES

La relación globalizante del mundo en los albores del siglo XXI presenta dos caminos: la eliminación de la diferencias culturales por la imposición intolerante de una forma dominante de ser hombres, o bien, la relación plural de los pueblos tolerantes en la diferencia cultural. Aquí se considera que esta segunda posibilidad permite a las sociedades generar estrategias de desarrollo adecuadas a sus condiciones contextuales y herencia histórica relativa a las culturas que poseen. Para ello se requiere concebir y operar proyectos de desarrollo caracterizados por el conocimiento comprensivo que integre en un mismo marco los aspectos objetivos y subjetivos, cuantitativos y cualitativos.

En materia de salud, ubicados en un contexto latinoamericano como el de México, lo anterior exige rescatar las culturas profundas de los pueblos que aspiran a mejorar sus condiciones de salud, es decir, que buscan la felicidad. Asumir esta pretensión como la utopía a que todo grupo humano tiene derecho, es subirse al desarrollo que hace historia como proyecto de futuro y que engendra esperanza.

Desarrollo que del lado cuantitativo, ha de reflejarse en las estadísticas, en disminución de las tasas de muertes por enfermedades curables, en las cantidades de suicidios, de los decesos en circunstancias violentas, en los índices de bienestar material; al mismo tiempo, desarrollo del lado cualitativo expresado en la sonrisa saludable del gusto por vivir con esperanza de tener entre las manos a la felicidad.

²¹ *Ibidem*, p.20.

EL MERCADO DE LA SALUD. PAPEL DEL ESTADO

M. en A. Miriam Arriaga Sánchez.

El papel fundamental de los mercados es lograr la mejor asignación de los recursos económicos disponibles. Esto se logra cuando existe una competencia lo más perfecta posible, lo que implica que los recursos se dirijan sin intervención estatal hacia aquellos sectores en que obtienen mayor rentabilidad.

Una competencia perfecta supone oferentes disputándose a consumidores potenciales. Los acuerdos son respetados y la información existente relativa principalmente a productos y precios, es completa y gratuita.

Por lo tanto, los mercados pueden no ser eficientes ya que en la práctica se presentan imperfecciones y desequilibrios importantes entre la oferta y la demanda. Las imperfecciones más frecuentes tienen su origen en una racionalidad acotada de la demanda, es decir, ésta no es del todo libre en la adquisición de un bien o servicio, o bien puede, en determinadas ocasiones verse sometida a presiones que influyen en su elección.

De modo adicional, hay comportamientos oportunistas de individuos que pretenden obtener beneficios adicionales de una transacción, aprovechando por ejemplo, la existencia de asimetrías entre la oferta y la demanda. El mercado de la salud tiene un conjunto de particularidades que lo hacen diferente a otros mercados de bienes o servicios.

En el proceso de compra de un servicio de salud y sobre todo en la generación de la demanda, participan dos partes: el demandante que lo constituye el paciente o un familiar y el médico que en la práctica y después de la primera consulta, genera la demanda por servicios de salud orientados a diagnosticar o tratar la enfermedad del paciente. La gran asimetría de la información existente entre el médico y su paciente, le impide a este último evaluar y decidir libremente sobre la compra que el médico le recomienda. Lo que sucede es que con mucha frecuencia, el paciente sigue al pie de la letra las recomendaciones sobre los servicios a consumir, el momento y el sitio.

La situación se complica cuando el paciente se percató de que el médico que genera la demanda, no paga ningún precio por ella, ya que los costos recaen en él o en un tercero, el seguro social o el privado de salud.

Otro aspecto que es necesario tener presente en el funcionamiento del mercado de la salud, es la gran asimetría en la información que existe entre la oferta y la demanda. Esta asimetría en la información se observa en la relación que se produce entre el paciente y el médico, el cual dispone de un cúmulo mucho mayor de información que el paciente.

La asimetría en la información también se produce entre el consumidor y el proveedor de un seguro de salud, ya que el seguro de salud es generalmente de tal complejidad que el consumidor difícilmente podrá escoger de manera adecuada y de acuerdo a sus necesidades reales de salud, ya que el contrato de seguro casi siempre es de adhesión a condiciones de aplicación general.

Existen dentro del mercado de salud, algunos servicios que se caracterizan por otorgar beneficios no sólo a la persona que directamente los recibe, sino también a la comunidad que la rodea. Un caso típico son las campañas de vacunación. Por lo tanto, a la sociedad no le resulta indiferente que junto a un niño se vacune el resto del país. Estamos frente a servicios de salud que se denominan públicos y que, por tanto, tienen un alto índice de externalidades.

Otro aspecto que es necesario tener presente es la inversión en tecnología en determinadas áreas de los servicios de salud que implica elevados costos y limita la libre entrada al mercado y el juego de la oferta y la demanda. Se trata de monopolios naturales que afectan de modo importante el funcionamiento del mercado de la salud y la consecuente eficiencia en la asignación de recursos.

En economía, los mercados asumen una función determinante en la asignación de los recursos, el sector privado toma la tarea fundamental de producir bienes y servicios para satisfacer las necesidades de la población y el estado guarda para sí, un papel que reúne las siguientes características:

En primer lugar, interviene para garantizar el acceso a bienes y servicios que la sociedad define como básicos y fundamentales a sectores de la población que no podrían acceder a ellos a través del libre juego de la oferta y la demanda.

En segundo lugar, desarrolla acciones en el campo de la producción de bienes y servicios cuando el sector privado no lo hace, ya sea porque no esté interesado o por razones de bien común. En tercer lugar, interviene definiendo políticas y reglas del juego claras y estables de conocimiento general y oportuno.

Finalmente, participa en la operación de los mercados cuando existen imperfecciones en ellos que generan costos sociales, iniquidades e injusticias que es necesario corregir para maximizar el bienestar social. Por otro lado, es necesario que el estado intervenga por la vía de contribuir al financiamiento de aquellas partes de los costos de salud que algunas personas no están en condiciones de pagar y mediante el diseño de sistemas públicos, privados o mixtos que garanticen el acceso de la población a prestaciones de salud de tipo preventivo y curativo y aquellos servicios con alto y bajo nivel de externalidad.

El estado normalmente regula este acceso a través de sistemas de salud de tipo estatal o de seguridad social financiados por vía fiscal y el establecimiento de cotizaciones específicas para la salud. No obstante, esta forma de organización ha afectado la eficiencia, la calidad de los servicios que produce y principalmente el nivel de satisfacción de la población.

En opinión de la autora, el estado debe tener un papel regulador en el mercado de la salud mediante:

- Un papel activo en el campo de la definición de políticas, su control y supervisión.
- Una definición clara del nivel básico de servicios de salud al que todo mundo puede acceder.
- Un financiamiento que contemple una contribución subsidiaria del estado que asegure el normal funcionamiento del sistema.
- Descentralizar la salud con participantes de organizaciones tanto del área pública como privada que funcionen sobre la base de incentivos para el control de costos y búsqueda de la máxima calidad.
- En conclusión, en el mercado de salud hay imperfecciones y externalidades que obligan a la regulación. Asimismo, es necesario reconocer que el mercado regula eficientemente cuando se aumenta su transparencia y competitividad, de hecho uno de los objetivos de la regulación es fomentar la competitividad a través del incremento de la transparencia de los mercados.

CAPITULO 2

FACTORES ECONOMICOS EXTERNOS. POLITICAS NACIONALES EN MATERIA ECONOMICA Y DE DESARROLLO SOCIAL

POLITICAS NACIONALES, ECONOMICAS Y SOCIALES. GENERALIDADES

Dr. Joaquín Arregín de los Reyes.

ECONOMIA

“La economía es el estudio de la forma en que los individuos y las sociedades deciden utilizar los recursos que la naturaleza y las generaciones precedentes les han proporcionado”.¹

La palabra clave en esta definición es “deciden”: todas las personas se encuentran rodeadas de centenas y millares de cosas: teléfono, televisión, alimentos, bebidas, ropa, medicamentos, servicios de salud, etcétera y alguien tuvo que *decidir* qué se fabrica, cuánto se fabrica, cómo se utiliza; y alguien también *decide* organizar empresas, instituciones, materiales e incluso personas para producir bienes y servicios que llegan a quien *decide* utilizarlos, así pues la economía permite finalmente la *toma de decisiones* al entender las relaciones de producción, costos, beneficios y los comportamientos comerciales que involucran a toda la sociedad.

Todos los países forman parte de la economía mundial y todos siempre han tratado de proteger su economía con gravámenes, aranceles, restricciones o impuestos, que impidan la invasión de su mercado por la competencia externa, y al análisis de los factores de producción, recursos, costo, ingreso, empleo, que permite finalmente aplicar la política más conveniente. Obviamente todos estos factores que se influyen recíprocamente determinan también costos, precios y modos de brindar la atención médica.

Dentro del área de la economía, la teoría económica se encarga de interpretar los datos económicos sobre los principios de causa-efecto y de acción-reacción, en este caso determinando cómo algunos factores inciden en el modelo de salud.

La economía de todas las naciones presenta fluctuaciones periódicas, denominadas ciclos económicos, pero cuando la onda desciende y se colapsa se habla de crisis.

Dentro de los factores económicos, *la crisis*, es un término no sólo en el lenguaje técnico de los planificadores, sino que ha permanecido tanto tiempo en México, que forma ya parte del *argot* infantil. Las manifestaciones más claras de la crisis son el gran endeudamiento externo e interno, el desequilibrio de la balanza de pagos, la inflación, recesión económica, desempleo masivo, caída del ingreso *per cápita* y disminución de los niveles de bienestar de la población.

La crisis, dice González Casanova,² “es el resultado de la baja de la tasa media de utilidades que se da cuando los movimientos obreros y el pueblo en general exigen mejores condiciones de vida, remuneraciones crecientes, mejores precios en los pro-

ductos que venden o compran, estableciendo un comercio de trabajo y mercancías que bajan las utilidades. Ante esta baja los empresarios reaccionan buscando maximizar las utilidades; al defenderse, provocan según su tamaño y poder, parte de la inflación, disminución del salario real, y aunque éste aumente, los precios suben más y se pierde poder adquisitivo, se da el desempleo y empiezan a disminuir los bienes y servicios subsidiarios”, los servicios públicos y por ende las prestaciones.

“En el mercado del dinero, continúa diciendo González C., en el mercado de las mercancías, en el mercado del trabajo y en el mercado de los servicios, las empresas sobre todo las macroempresas emprenden una lucha cruenta por obtener el máximo del excedente”, contraen el crédito o logran un aumento importante en las tasas de interés haciendo que este último resulte muy caro para los competidores pobres, sacándolos del mercado, con ello disminuyen la competencia y aumentan sus utilidades.

Los grandes conglomerados y las empresas transnacionales son tan poderosas que controlan la banca mundial, logrando imponer aún a los gobiernos las políticas económicas más convenientes a sus intereses; de ahí que México no pueda hacer uso libremente de sus recursos, si no es bajo la mirada y auspicio de múltiples organismos internacionales.

El Producto Interno Bruto (PIB), es el reflejo de la actividad económica de un país, ya que constituye la suma de todos los bienes y servicios producidos en un año, sirviendo como parámetro de crecimiento o estancamiento económico.

En los años 70s, el promedio de crecimiento real del PIB en México fue importante alcanzando un 6.4% anual; en los años 80s se redujo a 2%. Después de la debacle de diciembre de 1994 el PIB presentó en 1995 un crecimiento negativo de 7.2 iniciando una lenta recuperación como se ve en el cuadro siguiente y proyectándose hasta el 2000 un crecimiento de más de cinco, agregándose un escenario de riesgo y un escenario de oportunidad en caso de que las condiciones del país sean propicias o no.

PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB)
MEXICO
1992-2000

| AÑO | BASICA RIESGO | ESCENARIO DE | ESCENARIO DE OPORTUNIDAD |
|------|------------------|--------------|-----------------------------|
| 1992 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| 1993 | 0.6 | 0.6 | 0.6 |
| 1994 | 3.5 | 3.5 | 3.5 |
| 1995 | -7.2 | -7.2 | -7.2 |
| 1996 | 2.8 | 1.1 | 3.5 |
| 1997 | 4.5 | 2.9 | 5.3 |
| 1998 | 5.2 | 4.0 | 5.8 |
| 1999 | 5.5 | 4.3 | 6.0 |
| 2000 | 5.1 | 3.5 | 5.6 |

Fuente: Servicio Macroeconómico de CIEMEX-WEFA, marzo de 1996.

Si el PIB se asocia al crecimiento poblacional, se obtiene el PIB *per cápita* que puede interpretarse, de manera gruesa, como indicador del nivel de vida de un individuo, sobre todo si se asocia a otros factores como escolaridad, esperanza de vida, mortalidad, servicios existentes, recursos sanitarios y nutrición, entre otros. Actualmente el PIB per cápita, es de 6,700 dólares por persona, mientras en Estados Unidos es de 26,500 y en Canadá de 21,000 dólares.

La inversión en bienes y equipo para desarrollo de la planta productiva, permite crecimiento "*afianzado*", pero en México lo que se ha observado es un paulatino desplazamiento de la industria por los servicios comerciales, sociales y personales, ya que en los últimos rubros se ha cuadruplicado, por lo que se dice ⁽³⁾ "que entre los años 1970 y 1994 el porcentaje de inversión en inmuebles y maquinaria dentro del PIB ha sido errático", requiriéndose por lo tanto, un esfuerzo mayor para hacer crecer la planta productiva.

De manera similar, el Índice Nacional de Precios al Consumidor constituye un reflejo de la salud económica del país que en nuestro caso no ha tenido buena medicina convirtiéndose en uno de los flagelos morbosos más severos que padece nuestra sociedad porque representa no sólo disminución del poder adquisitivo, sino implante de políticas de austeridad que repercuten directamente en la seguridad social, en el nivel de vida y aún en la salud de la población. El índice nacional de precios al consumidor se obtiene con la recopilación mensual de 140 mil cotizaciones directas en 46 ciudades, sobre los precios de aproximadamente 1,200 artículos y servicios específicos. Corresponde a 1995 la tasa más alta de inflación con un 35% coincidente con el crecimiento

negativo del PIB. Si como base se toma 1995 = 100, para el mes de junio de 1997, la inflación acumulada llega a 217.75 y que se seguirá acumulando aunque a ritmo más lento, porque a partir de 1996 se percibe un lento descenso en el promedio anual que se estima continuará a la baja hasta llegar a 17.15 en el año 2000.

**INDICE NACIONAL DE PRECIOS
AL CONSUMIDOR
MEXICO 1992 - 2000**

%

| AÑO | INDICE |
|-------|--------|
| 1992c | 15.51 |
| 1993c | 9.75 |
| 1994c | 6.97 |
| 1995c | 35.00 |
| 1996c | 34.38 |
| 1997c | 20.71 |
| 1998c | 20.10 |
| 1999c | 19.62 |
| 2000c | 17.15 |

Fuente: Cuaderno de Información Económica, julio 1997, Bancomer.

c Estimado en base a tendencias.

GLOBALIZACION ECONOMICA

El fin de la Guerra Fría y del sistema de bipolaridad este-oeste, implica básicamente la desaparición de la amenaza del holocausto nuclear, pero hasta ahora no ha dado paso a un mundo más pacífico, más educado ni más sano. Hay confrontaciones bélicas, exacerbación de xenofobias y crecimiento de la pobreza, ahondamiento de las desigualdades sociales, empecinamiento de los países ricos en continuar con el dominio de los países-pobres. La apertura de todas las naciones al mercado mundial ha puesto aún más en desventaja a los países en vías de desarrollo, la globalización significa una competencia feroz no sólo entre empresas, sino entre naciones y aún entre bloques internacionales que entran a disputar directamente sus mercados internos y externos y a rivalizar por la conquista de nuevas áreas de expansión industrial y comercial.

Como efecto de estos cambios en el ámbito internacional se generan en México presiones económicas y políticas tendientes a la desregulación y a la modernización del aparato productivo.

El mercado de categoría universal se encuentra regulado por las leyes de oferta y demanda, pero también de manera contundente, por las políticas expansionistas de los grandes monopolios en competencia continua que ofertan sus productos e inciden en la economía mexicana. Ante esta situación la reestructuración del sector público con el consecuente saneamiento de sus finanzas toca también a la seguridad social que requiere mayor eficiencia y cobertura.

La salud, como cualquier otro bien o servicio, y el *médico como mercancía* y las instituciones de salud como corporaciones-empresas, deben enfrentar y afrontar el reto de la competencia sin fronteras, como calidad, oportunidad y costo. La seguridad social debe responder a las exigencias de la nueva dinámica impuesta; su modelo debe responder con eficiencia y eficacia a los nuevos intereses del país; la administración pública requiere mayor solidez de la seguridad social y la seguridad social un apoyo estatal más decidido.

Las distorsiones de más de dos décadas de crisis e inflación representan un reto para el proceso de modernización económica y tecnificación que permitan un crecimiento sostenido. En este aspecto, la generación de nuevas tecnologías es importante, “se prevé que el futuro de la salud en nuestro país, dependerá cada vez más de la generación de nuevas tecnologías... que no necesariamente abaratan la vida, sino que está ocurriendo lo contrario”⁴ lo que origina mayor dependencia del exterior, de los países que sí están tecnificados y se renuevan constantemente, el esfuerzo de México tendrá que ser mayor, ya que mientras el destina el 0.01 del PIB a investigación, otros países destinan hasta el 0.19%, marcando una brecha más grande que aleja a México del mundo desarrollado.

GASTO EN SALUD Y PORCENTAJE DEL PIB DESTINADO A INVESTIGACION 1986

| PAIS | % DEL P.I.B. EN SALUD | % DEL GASTO TOTAL |
|----------------|--------------------------|-------------------|
| AUSTRIA | 0.19 | 2.7 |
| ESTADOS UNIDOS | 0.19 | 1.8 |
| ALEMANIA | 0.15 | 1.9 |
| JAPON | 0.10 | 1.5 |
| MEXICO | 0.01 | 0.2 |

Fuente: La investigación en salud en México. Academia Nacional de Medicina, Comisión Mexicana de Investigación en Salud, México, 1995, pág. 50.

NIVEL Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

La población es el objeto y sujeto de los programas de salud, luego su estudio no sólo es importante sino esencial, un enfoque interesante⁵ es el considerar que de la misma manera que las empresas producen bienes materiales, *las familias producen hijos*, es decir ambas son procesos de producción que tienen como resultado entregar un producto de trabajo humano, esta comparación, permite clasificar un producto de trabajo según su calidad.

En la creación de personas, el producto de trabajo es un niño de determinadas características: aspectos genéticos, nutricionales, educativos y de salud, entre otros, que determinan su *calidad*, lo que le permite su desarrollo hasta la vida adulta y su capacidad de producción.

La producción de un hijo, depende de la autonomía decisoria de cada núcleo familiar, en base a necesidades de oferta y demanda emanadas de existencia o escasez, nivel de vida, necesidad de integrarlos a la fuerza laboral y a la ideología familiar, es decir influyen la economía familiar, la religión, la educación y las normas jurídicas y sociales.

La producción anual de hijos, es de alrededor de 2.3 millones de nacimientos, y cerca de 420 mil retiros del mercado (defunciones), lo que implica un crecimiento absoluto anual de 1.9 millones de mexicanos representando una tasa de crecimiento anual de 2.05%.

La población de México en 1997 se estima en 95.4 millones de habitantes aproximadamente. Aunque en números absolutos la población se ha incrementado constantemente, la tasa de crecimiento tiende a disminuir.

La tendencia de la población hacia la sobrevivencia, merced a la disminución de la mortalidad y al incremento de la esperanza de vida, que respectivamente han pasado de 26 a 4.6 defunciones por cada 1,000 habitantes y de 36 años a 72 años durante el periodo de 1930 a 1995 han llevado a los mexicanos a una nueva estructura poblacional más adulta y menos joven, imponiendo un perfil morboso diferente.

El Programa Nacional de Población⁶ hace énfasis en el paulatino envejecimiento de la estructura poblacional, señalando que la edad promedio de la población pasará de 25 años en 1995 a 26 en el año 2000, a 29 en el año 2010 y a 37 en el año 2030; y que la población senecta de 65 años y más se incrementará a 4.2% en 1995 a 4.7% en el año 2000, a 6.0% en el 2010 y a 11.9% en el año 2030. Este cambio se hace patente al observar la forma en que la pirámide poblacional se modifica, cambiando poco a poco su base ancha de población joven por una base más delgada a expensas de un engrosamiento en el medio y en la cúspide de la misma.

En relación a la población anciana la OMS y la OPS⁷ señalan que mientras la población mundial crece a una tasa de 1.7% anual, la población de 60 años y más lo hace a 2.5%, esto resulta trascendente porque la tendencia de la población a envejecer requiere programas especiales para este grupo de edad. La misma seguridad social requiere un enfoque gerontológico más efectivo ya que no sólo tiene relación con pensiones y jubilaciones de un grupo cada vez mayor sino que la morbimortalidad en ellos está muy bien definida, encon-

trándose en orden descendente: las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro-vasculares, la diabetes mellitus, la influenza y la neumonía.

Como puede observarse la patología más frecuente corresponde a enfermedades crónico degenerativas cuya resolución no se puede hacer, y sí requiere mucho más tiempo de atención y utilización de recursos, de hecho algunos estudios⁸ indican que la población vieja genera el 11.8% de los egresos hospitalarios y el 13% de todas las consultas médicas.

Se hace hincapié en la población vieja porque es un problema que va en aumento y requiere atención especial; el resto de la estructura poblacional, dependiendo del sexo y del grupo etario presenta necesidades de atención específicas que de alguna manera ya se conocían.

La dinámica poblacional abarca no solo el crecimiento de la misma, sino que incluye los movimientos migratorios destacando sobre todos la migración del campo a la ciudad.

Por otro lado, el 90% del aumento de la población será en las zonas urbanas, la emigración del campo a las ciudades continuará efectuándose, llegando las urbes a un crecimiento de límites intolerables.

La crisis, origina un caudal de emigración a la ciudad; el hambre y la esperanza arroja al campesino a la aventura migratoria citadina, originando múltiples problemas de asentamientos irregulares, higiene y vivienda, estimándose que el número de personas afectadas se duplica y se triplica en el lapso de 30 años aún que los servicios municipales puedan ir a la misma velocidad.

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

La era moderna se ha caracterizado por una infinidad de cambios y avances tecnológicos que han influido también en el nivel de salud de la población, sin embargo este cambio no ha sido parejo en todo el mundo notándose marcadas diferencias entre los países avanzados y los países subdesarrollados o en vía de desarrollo. Se utiliza este último término, porque explica adecuadamente la etapa de transición epidemiológica por la que México atraviesa, lo que significa que se encuentra en una fase intermedia, en el paso de un perfil epidemiológico a otro, que no significa otra cosa sino que en el país coexisten las enfermedades infecto-contagiosas propias de los pueblos pobres, con los padecimientos crónico degenerativos propios de los pueblos ricos.

La esperanza de vida, por ejemplo, en nuestro país ha pasado de 36.9 años en 1930 a 74 años en 1997 y probablemente a 77 en el 2020.

Parte de esta transición se refleja en la evolución de la mortalidad y de la esperanza de vida como se ve en el cuadro siguiente:

**MORTALIDAD GENERAL Y ESPERANZA DE VIDA
AL NACER MEXICO 1930- 2020**

| AÑO | MORTALIDAD GENERAL | ESPERANZA DE VIDA |
|------------|---------------------------|--------------------------|
| 1930 | 25.7 | 36.9 |
| 1940 | 22.8 | 41.5 |
| 1950 | 16.2 | 48.1 |
| 1960 | 11.5 | 58.9 |
| 1970 | 10.1 | 61.9 |
| 1980 | 6.3 | 64.9 |
| 1990 | 4.9 | 71.4 |
| 2000* | 4.8 | 72.2 |
| 2010* | 4.7 | 74.0 |
| 2020* | 4.6 | 77.0 |

Fuente: Censo General de Población y Vivienda, varios.

(*) Estimado.

De manera similar a como se ha modificado la esperanza de vida y la mortalidad, se han modificado los grupos-etarios disminuyendo sensiblemente la mortalidad infantil de prácticamente el 50% de toda la mortalidad en 1930 a una de cada seis y una décima de todas las muertes para el año 2020.

De lo anterior se desprende que la salud y la seguridad social con la fase de transición epidemiológica constituyen factores interdependientes íntimamente ligados que se influyen recíprocamente, y que el futuro económico del país también depende de la evolución de este binomio, sin embargo conviene aclarar que ese periodo de transición va a ser muy largo y que entre tanto se da el paso se tiene que pensar en planeación en salud a largo plazo considerando ambas patologías: infecto-contagiosas y crónico-degenerativas.

POBREZA

La crisis en México no ha golpeado parejo, ni su carga se ha repartido equitativamente; la factura mayor se le ha pasado a los que menos tienen, y los más flagelados no son precisamente las clases altas. Se estima que en 1997, existen 22.6 millones de mexicanos en estado de pobreza extrema y 31.1 millones de pobres, de manera que la suma de ambos totaliza más de la mitad de la población en condiciones de miseria, y que en contraposición únicamente 9.8 millones de personas se encuentran en los estratos altos, con todas sus necesidades satisfechas.

La pobreza es un fenómeno que siempre se ha dado y que se seguirá dando. En México la evolución de la pobreza se ha manifestado como un fenómeno creciente producto de

la crisis que hace a los pobres más pobres y a los ricos más ricos.

Por otro lado, la pérdida del poder adquisitivo se pone de manifiesto al comparar el deterioro del salario mínimo que de 1982 a 1997 ha disminuido a menos de una tercera parte.

INFRAESTRUCTURA

Dentro del conjunto de instalaciones y recursos con que cuenta el sector salud para brindar atención se encuentra lo siguiente:

a) Presupuesto.

El presupuesto destinado al sector salud, ha sido insuficiente e inequitativamente asignado, sin embargo la política de la administración marcando un énfasis especial en el desarrollo social, dentro del programa de 1997 asignó el 56% para este rubro; y de este último el 24% para salud.

b) Recursos.

Los recursos médicos y de enfermería se han incrementado levemente en el transcurso de una década, al pasar de 0.96 médicos por cada 1000 habitantes en 1986 y de 1.45 enfermeras por cada 1000 habitantes en el mismo año a 1.22 y 1.73 médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes respectivamente.

En relación a la evolución de los recursos aunque mínimo, éstos han aumentado ligeramente, pero resultando aún insuficientes si se comparan con otros países en que existen tres veces más médicos, nueve veces más enfermeras y cinco veces más camas para la misma proporción de habitantes.

La distribución de los recursos entre la población asegurada y la no asegurada también muestra severos contrastes, ya que mientras el 69.3% de toda la población que no es asegurada cuenta con el 27% de los médicos, con el 44% de las enfermeras y con una tercera parte de las camas, tiene asignado solamente el 13% del presupuesto.

Resulta interesante señalar también que una tercera parte de todas las camas censables del país se encuentran en la iniciativa privada, lo que puede indicar que una parte importante de la población demanda este servicio.

**EVOLUCION DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD
MEXICO 1986 - 1996**

| AÑO | CAMAS CENSABLES | | RECURSOS POR C/1,000 HABITANTES | | QUIROFANOS | LABORATORIO |
|------|-----------------|--------|------------------------------------|------------|------------|-------------|
| | NO DH | SI DH | MEDICOS | ENFERMERAS | | |
| 1986 | 23,010 | 36,682 | 0.963 | 1.42 | 2.1 | 1.4 |
| 1987 | 22,942 | 36,673 | 0.984 | 1.49 | 2.1 | 1.4 |
| 1988 | 23,017 | 36,535 | 1.106 | 1.54 | 2.2 | 1.4 |
| 1989 | 24,250 | 37,001 | 1.109 | 1.55 | 2.3 | 1.7 |
| 1990 | 25,072 | 38,050 | 1.078 | 1.57 | 2.2 | 2.0 |
| 1991 | 26,687 | 38,466 | 1.136 | 1.64 | 2.4 | 1.5 |
| 1992 | 27,239 | 39,181 | 1.143 | 1.65 | 2.4 | 1.6 |
| 1993 | 26,691 | 39,262 | 1.154 | 1.66 | 2.4 | 1.6 |
| 1994 | 27,029 | 40,142 | 1.184 | 1.77 | 2.5 | 1.6 |
| 1995 | 28,700 | 40,055 | 1.223 | 1.72 | 2.5 | 1.6 |
| 1996 | 29,363 | 40,184 | 1.222 | 1.73 | 2.5 | 1.7 |

Fuente: Segundo Informe de Gobierno, Zedillo Ponce, Ernesto, 1996, Méx.

EMPLEO

La Encuesta Nacional de Empleo Urbano de junio de 1997, señala una tasa de desempleo abierta (TDA) de 3.4% de la PEA, que representa el valor más bajo en los últimos 30 meses, marcando una tendencia descendente, acorde con los datos del IMSS publicados mensualmente donde por supuesto el empleo formal mantienen una tendencia creciente.

La tasa de desempleo abierto de acuerdo con los criterios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera la proporción de la PEA que representan las personas mayores de 12 años y más, que en el periodo de referencia no trabajaron ni una hora a la semana, a esta población se puede agregar la tasa de desempleo abierto alternativa que incluye a quienes refugian en actividades del hogar o estudio, pero que no trabajan, a la que además se le puede agregar las tasas de ocupación parcial, que es la que por razones del mercado trabajan menos de 35 horas a la semana y que al final de cuentas totalizan un número mayor de desempleados. Algunos estudios señalan una tasa de desempleo ascendente que va del 8.7% en 1997 y que se proyecta a 12.8% de desempleados para el año 2000.

Por otro lado, la baratura de la fuerza de trabajo se pone de manifiesto si se considera que el 14% de la PEA no percibe salario alguno a pesar de trabajar con jornada hasta de 40 horas, y que casi la mitad de la población (42.89%), tiene que subsistir con menos

de un salario mínimo, contrastando fuertemente con el 0.56% de la población que gana arriba de 10 salarios mínimos.

Quien no tiene para subsistir, no puede tener salud, de ahí la importancia que las políticas sanitarias vayan de la mano con las de la economía.

POLITICAS NACIONALES

La experiencia de México es que si el crecimiento del país se finca en recursos externos y no se tiene ahorro interno público y privado, entonces se origina una crisis financiera por la dependencia que se tienen en capital *golondrino*, y cuando ha habido ahorro interno se ha utilizado para pagar la deuda externa, entonces si se busca crecimiento económico se requiere ahorro interno a largo plazo. Por eso la política del gobierno propone **El Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (PRONAFIDE)** que considera:

- a) Un marco macroeconómico estable.
 - Para incrementar monto y plazo de ahorros.
 - Desalentar inversión especulativa.
 - Favorecer inversión en el sector productivo.

En consecuencia se necesita estabilidad y certidumbre en política fiscal y monetaria.

- b) Sistema financiero promotor del ahorro y de la inversión productiva.
 - Normas que propicien confianza en el ahorrador.
 - Disminuir costos de transacción y elevar eficiencia.
 - Mayor gama de instrumentos atractivos en plazo y rendimiento.
- c) Política fiscal que fomente el ahorro y la inversión.
 - Finanzas públicas sanas que originen estabilidad macroeconómica.
 - El ahorro público incentivará el ahorro privado.
 - La política tributaria orientada a estimular el ahorro y la inversión privada.
 - Racionalización del gasto público en lo no prioritario.
 - Una proporción creciente del gasto se destinará a inversión en infraestructura y al gasto social en educación y salud que incrementan capital humano y con ello el crecimiento económico.
- d) La generación de recursos de largo plazo provenientes de la seguridad social.
 - Reforma al sistema de pensiones para fortalecer el ahorro interno.
 - Las administradoras de fondos de pensiones serán fuente estable de recursos a largo plazo.
- e) Utilizar el ahorro externo como complemento del interno.
 - La estabilidad macroeconómica fortalecerá inversión extranjera directa.
 - Política de tipo cambiario de libre flotación que limitará flujo de capital de corto plazo y evite desequilibrios.

OBJETIVOS Y POLITICAS

Los objetivos generales de PRONAFIDE son crecimiento sostenido superior al 5% y creación de 1 millón de empleos formales por un año, durante el periodo 1997-2000 y concretamente establece cuatro grandes líneas de acción que determinan políticas específicas:

1. Estimular el ahorro privado.
2. Preservar el ahorro público.
3. Fortalecer el sistema financiero.
4. Aprovechar adecuadamente el ahorro externo.

1. Estimular el ahorro privado:

- Nuevo sistema de pensiones.
- Ahorro popular: impulso de instituciones con arraigo comunitario y de nuevos instrumentos, con redes de captación y comercialización de bajo costo.
- Política fiscal promotora del ahorro y la inversión privada. Revisión del impuesto sobre la renta para personas físicas. Las reformas que favorecen impuestos al consumo (IVA) sobre los directos y que están encaminados a fomentar el ahorro interno.
- Modernización del sistema financiero.

2. Preservar el ahorro público:

- Énfasis en los criterios de racionalización y eficiencia del gasto público. Ello permite enfrentar los compromisos derivados del nuevo sistema de pensiones y de los programas de apoyo a deudores y saneamiento financiero manteniendo el equilibrio en finanzas públicas.
- Combate a la inflación sin que aumente la carga fiscal media.
- Simplificación y modernización en el pago de impuestos.
- Limitar el gasto público a los ingresos disponibles y aumentar su eficiencia y calidad.

3. Fortalecer el sistema financiero:

- Promover un mejor desempeño en la autorregulación. Aumentar la calidad de la información a través del impulso a las instituciones calificadoras y a un sistema contable compatible con los estándares internacionales.
- Nuevos mercados y productos: estímulo al establecimiento de sucursales bancarias en ciudades pequeñas, zonas rurales y populares. Promoción de carteras de bajo riesgo-rendimiento para el pequeño ahorrador. Revisión de la ley de sociedades de inversión orientada a elevar la competitividad del producto y asegurar su transparencia. Desarrollo de futuros y derivados. Estímulo a las letras hipotecarias en dólares. Bursatilización de la cartera de crédito. Fomento del ahorro para vivienda.

4. Aprovechar adecuadamente el ahorro externo:

- Favorecer el financiamiento de largo plazo: inversión extranjera directa, deuda en horizontes más largos con organismos financieros internacionales.

- Orientar el ahorro externo a sectores exportadores, infraestructura y formación de capital humano para garantizar solvencia a largo plazo.
- Mejorar las condiciones crediticias internacionales.
- Mantener una política de tipo de cambio flexible.
- Fortalecimiento del sector exportador para ampliar la capacidad de generación de divisas.

Dentro de la seguridad social, merece énfasis la política del gasto público que durante 1997-2000 se orientará a:

- Elevar el bienestar de la población.
- Aumentar la eficiencia, eficacia y calidad en la aplicación de los recursos públicos.

MARCO MACROECONOMICO 1997 - 2000

Ahorro

- Privado: de 16.1% del PIB en 1996 a 17.7% en 2000.
- Público: aunque desciende entre 1996 y 1998 en el año 2000 se ubicará en 4.5% del PIB, ligeramente superior al 4.4% de 1996.
- El foráneo complementará el interno: de 0.5% del PIB en 1996 a 3.2% en 2000.
- Así, en el año 2000 el ahorro interno total (22.2% del PIB) y el externo (3.2%) resultarán en una tasa de inversión equivalente a 25.4% del PIB:

Otras variables macroeconómicas (variación promedio anual 1997-2000).

- Crecimiento del PIB de 5% (5.6% en 2000).
- Aumento de 4.1% en el consumo privado (5% en 2000).
- Avance de 11.5% en la tasa de inversión total (10.7% en 2000).
- Inflación: 11.2% promedio (7.5% en 2000).
- Finanzas públicas: déficit económico de 0.7% del PIB (0.3% en 2000).
- Aumento de recaudación tributaria no petrolera: de 7.5% del PIB en 1996 a 9.1% en 2000.

PROPUESTAS OPERATIVAS

- I. Las políticas nacionales proporcionan el marco para los cambios que se deben dar en la seguridad social.
- II. La prestación de servicios de salud, es el más representativo que posee la característica de absoluta necesidad; esta característica obliga a la administración pública a que la dotación de recursos se aproxime a la cantidad óptima. Esta dotación de recursos debe hacerse mínimamente indexada al porcentaje de devaluación monetaria y a la tasa de crecimiento de derechohabientes.
- III. La administración debe prestar atención a la forma en que los derechohabientes se benefician de los servicios, y la manera en que la prestación afecta los costos de estos servicios.

- IV. Los pagos deben corresponder a los costos y beneficios.
- V. La correlación de pagos debe aumentar la eficiencia y utilización de los servicios.
- VI. La cantidad del servicio que se demanda o se ofrece, no puede ser excesivo ni insuficiente, sino balanceado, un servicio que resulta más caro que el promedio tiene exceso de recursos.
- VII. Las decisiones clínicas y tratamientos deben tener evaluación periódica.
- VIII. Se debe buscar la forma de corresponsabilizar al paciente no sólo de su tratamiento, sino de la necesidad de la determinación de sus riesgos de enfermar y de la prevención respectiva.
- IX. Se debe brindar calidad para evitar la medicina defensiva que consiste en incrementar el número de análisis, estudios, procedimientos y tratamientos excesivos con objeto de protegerse de la posibilidad de demanda.
- X. Buscar mecanismos para que el derechohabiente aporte un fondo especial que se retorne al término del año si hace un uso racional de los servicios de salud.
- XI. Se deben diseñar paquetes básicos de servicios preventivos obligatorios, so pena de incrementar pago extra por riesgo mayor al no utilizarlos.
- XII. Las políticas y normas de racionalización, no sólo deben enunciarse o aplicarse indiscriminadamente afectando prioridades, sino que deben tener un sistema de retroalimentación que permita su aplicación y evaluación.
- XIII. Mayor apoyo a la investigación operativa tendiente a mejorar los procesos de atención y la administración de los servicios de salud.
- XIV. Realizar verificación de impacto y rentabilidad social de los servicios, más que de las normas, procedimientos y costos, utilizando indicadores de eficacia, calidad y estándares de servicio.

El presupuesto de los servicios de salud debe incrementarse necesariamente, pero recordando que si se aplica un cobro nuevo o mayor por un servicio existente, tenderá a crear un sentimiento de injusticia, aunque el cobro sea necesario para preservar el valor del servicio, por lo que su aplicación debe ser atractiva y relacionada a los beneficios derivados del servicio, que ponga de manifiesto la equidad y relevancia del servicio mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Case Karl E. Y Fair Ray C. *Principios de Microeconomía* 4a. Edición Prentice Hall, Hispano Americana, S.A. Méx. 1997 pág. 2
2. González Casanova Pablo y Aguilar Camín Héctor, coords. México *Ante la Crisis* edit. Siglo XXI 5a. Edición Méx. 1991 pág. 13, 14
3. Surber Geisser Franziska, *En Torno al PIB Un Análisis Comparativo*. Rev. De Valores 8/ 97 año LVII Agosto 1997 Nacional Financiera pág. 18, 19.
4. *La Tecnología en Salud: Riesgos y Oportunidades en el Contexto de la Globalización*- Cuadernos de Funsalud 4, Fundación Mexicana para la Salud-Méx. 1994 pág. 1
5. Weiss Altaner E.R. *Aspectos Económicos de una Teoría de la Fecundidad*. Demografía y Economía. El Colegio de México No. 20 pág. 182, México, 1987.
6. Programa Nacional de Población 1995-2000, Poder Ejecutivo Federal, pág. 2 y sgtes., México.
7. *Las Condiciones de Salud en las Américas* edic. 1990 Vol. 1 OPS-OMS- Publicación Científica 524 pág. 145.
8. *Las condiciones de Salud en las Américas* Opus Cit. pág. 528
9. *Economía y Salud* Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México, segunda ed. 1995, Fundación Mexicana para la Salud. México.

POLITICA DE EMPLEO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Dr. Héctor Horacio Delena Dávila

MARCO JURIDICO Y SISTEMA ECONOMICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos postula garantías y derechos específicos, que se refieren a la igualdad de oportunidades y al establecimiento de condiciones para el desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades, los pueblos indígenas, los trabajadores y los sectores productivos. De este modo, se establece en el artículo 123 de nuestra Carta Magna, la garantía de toda persona al trabajo digno y socialmente útil; asimismo, el artículo 4o. indica que en México todo individuo tiene el derecho innato a la protección de la salud.

La totalidad de las sociedades evolucionadas descansan sobre una diversificada base económica, que accionada por el trabajo humano engendra una serie de bienes, cuyo destino último es el consumo por sus miembros. Los variados elementos que participan en la vida económica de una nación se suman en un todo, denominado sistema económico.

El análisis de la constitución de un sistema económico se inicia con el desglose de sus elementos fundamentales, en el que destacan los hombres, que explican su existencia, animan y conducen el sistema; presentes en éste a través de su capacidad de trabajo, son los organizadores y ejecutores de la producción.

En un primer enfoque, pueden destacarse del seno de la población los sectores productivo y dependiente. Con esta clasificación quedan caracterizados el contingente en edad de trabajar y la fracción de la población que todavía no participa o ya se retiró de las funciones productivas.

A partir de la población en edad de trabajar se llega a los conceptos de la población económicamente activa (PEA) y población ocupada. La primera se refiere a la porción de habitantes que se encuentra efectivamente dentro del mercado de trabajo (personas que trabajan o buscan hacerlo). La población ocupada comprende a los individuos que ejercen una actividad que puede ser remunerada o sin remuneración directa (auxiliares de la familia). Difiere pues, de la inicial, por excluir a los desempleados. No se refiere a la población disponible, sino al contingente efectivamente absorbido por el sistema.

Con el propósito de producir bienes, los hombres se valen de las riquezas que la naturaleza les ofrece, las cultivan, les extraen materias primas, explotan su potencial energético, etcétera. El trabajo humano se ejerce en un contexto económico que reúne

fábricas, carreteras y una infinidad de elementos resultantes del propio esfuerzo humano, que en su totalidad constituyen la reserva de capital de que está dotado un sistema en determinado momento.

El proceso productivo implica el uso de determinadas formas de trabajo, capital y recursos naturales (factores de la producción).

El análisis económico, reconociendo la diversidad de papeles que desempeñan las unidades de un sistema productivo, procura clasificar sus actividades en tres grandes grupos:

- El sector primario, que abarca las actividades que se ejercen próximas a las bases de los recursos naturales (agropastiles y extractivas).
- El secundario, que reúne las actividades industriales, mediante las cuales los bienes son transformados.
- El terciario, del cual emanan al sistema una variada gama de servicios tales como transportes, educación, turismo, salud, justicia, etc.

Del sistema económico, por una parte se derivan bienes y servicios (flujo real) y por la otra ingresos para la población ocupada (flujo nominal), ambos se concentran en un mercado de consumo donde se intercambian dichos recursos, cerrándose así el ciclo productivo.

CRECIMIENTO ECONOMICO

El crecimiento económico es indispensable para que la población tenga un empleo bien remunerado, niveles de bienestar crecientes y por ende, se promueva el apego a la legalidad del comportamiento social y se sienten las bases de justicia distributiva, que favorezcan un desarrollo integral de la nación.

La riqueza de un país se constituye por su capacidad de producción de bienes y servicios. Un factor indispensable en la formación del patrimonio es el trabajo. Al examinar las características del mercado laboral se permite, en consecuencia, conocer el potencial de generación de riqueza de la economía, determinar las posibles fallas en su funcionamiento y establecer lineamientos y políticas de intervención que fomenten su expansión.

La mayor urgencia de alcanzar un crecimiento económico y sostenible proviene de la necesidad de generar los empleos que demanda el incremento de la población económicamente activa (PEA) cercano al 3% anual; la PEA (personas que trabajan o buscan hacerlo) crece más rápido que la población total, debido a los cambios demográficos y a un aumento de la proporción de personas mayores de 12 años que entran al mercado de trabajo.

Una condición necesaria para que el crecimiento del ingreso nacional sea sostenido, es que una parte del mismo no se consuma, sino que se ahorre y se dedique a la creación de capacidades productivas. Por tanto es decisivo que existan instrumentos para el ahorro y asignar adecuadamente los recursos resultantes hacia actividades productivas.

POBLACION TOTAL, EVOLUCION Y COMPOSICION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

En el XI Censo Nacional de Población y Vivienda efectuado en 1990 se determinó una población total de 81,249,643 habitantes, que para 1995 se incrementó del 2.4% anual), y se espera que para el año 2000 la población sea de poco menos de 100 millones de personas; entre 1995 y 2000 habrá aproximadamente 1.8 millones de nuevos habitantes por año.

Por lo que respecta a la Población Económicamente Activa, en 1910 había 5.5 millones de personas en actividades económicas, dos terceras partes se encontraban en el sector primario, para 1970 ésta ascendía a 12,955,100 sufriendo un incremento del 142% en ese periodo. Sin embargo, en las siguientes dos décadas la PEA se incrementa en el 85% (4.25% anual) con 24,063,300 habitantes; para 1995 la cifra se eleva a 33,827,900 representando un incremento del 40.5% (8.11% anual), finalmente se estima que para el año 2000 existirá una PEA de 40,000,000.

POBLACION OCUPADA Y POBLACION ECONOMICAMENTE INACTIVA

El comportamiento de la población ocupada ha sufrido reducciones en relación a la PEA, ya que en 1900 de ésta se encontraba ocupada el 96%; para 1970 el 100%; para 1990 el 97.26% y en 1995 es del 95.57% (1.5 millones de desempleados).

De acuerdo a cifras del INEGI, en el año de 1990 se determinó una Población Económicamente Inactiva (en edad de trabajar) de 30,816,069, de la cual el 39.2% son estudiantes (12,079,899), misma que en un periodo relativamente corto se incorporó a la PEA.

SALARIOS MINIMOS Y SU DISTRIBUCION

De acuerdo a lo establecido por la fracción VI del artículo 123 constitucional, los salarios mínimos deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural, así como para proveer de la educación obligatoria para los hijos. Este precepto ha quedado al margen de la realidad a que se enfrentan los trabajadores, toda vez que los salarios mínimos actuales son de \$26.45, \$24.50 y \$22.50 para las áreas geográficas A, B y C, respectivamente; con estas cantidades no es posible tener un poder adquisitivo de compra que satisfaga las necesidades más apremiantes de los trabajadores; el problema se agudiza en los empleados que obtienen ingresos inferiores al salario mínimo. En la siguiente tabla se agrupa a la población ocupada en el año 1990 por grupo de ingreso.

| GRUPO DE INGRESOS | POBLACION OCUPADA | | |
|--|-------------------|------------|-----|
| No recibe ingresos. | 1,690,126 | | |
| Hasta el 50% de un salario mínimo. | 1,558,000 | | |
| Más del 50% y menos de un salario mínimo. | 2,960,090 | | |
| Un salario mínimo. | 98,669 | | |
| Más de uno y hasta dos salarios mínimos. | 8,489,910 | 14,796,795 | 63% |
| Más de dos y menos de tres salarios mínimos. | 3,542,069 | | |
| Más de tres y hasta cinco salarios mínimos. | 2,283,643 | | |
| Más de cinco y hasta diez salarios mínimos. | 1,192,312 | | |
| Más de diez salarios mínimos. | 588,457 | | |
| No especificado. | 1,000,237 | | |
| TOTAL: | | 23,403,413 | |

De la anterior agrupación se desprende que el 63% de la población ocupada obtiene ingresos hasta de dos salarios mínimos con lo que su capacidad de adquisición se limita a necesidades básicas.

EMPLEO Y SALUD

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. En nuestro país existen enfermedades propias de la pobreza, como son el cólera, las infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales; estos padecimientos afectan sobre todo a los grupos de menores ingresos, con nuevos problemas de salud relacionados con los cambios en sus estilos de vida, que se traducen en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones.

CRITERIOS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Toda sociedad debe elegir el modelo de sistema de salud al que aspira, esta decisión parte de los criterios que determinan el acceso de la población a la atención, siendo estos: poder de compra, pobreza, prioridad socialmente percibida y ciudadanía.

PODER DE COMPRA: Este concepto determina el acceso a los servicios en el mercado privado por medio del ingreso monetario; el mecanismo para racionar los servicios es el precio.

POBREZA: Según este rubro, la salud se distribuye a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del Estado de ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad.

PRIORIDAD SOCIALMENTE PERCIBIDA: El nombre de este aspecto deriva del hecho de que beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, sea por algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica (por ejemplo los trabajadores de empresas privadas, los servidores públicos o los miembros de las fuerzas armadas).

PRINCIPIOS DE LA CIUDADANIA: Es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que tienen vigencia universal al incluir a todos los residentes de un país.

**BASES PARA DEFINIR EL ACCESO DE LA POBLACION
A LOS SERVICIOS DE SALUD**

| CRITERIO | EXPRESION INSTITUCIONAL | MECANISMO DE RACIONAMIENTO |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Poder de compra | Mercado no regulado | Precio |
| Pobreza | Asistencia Pública | Barreras burocráticas |
| Prioridad socialmente percibida | Seguridad Social restringida | Exclusión social |
| Ciudadanía | Sistema universal de salud | Costo y efectividad |

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En México existe por una parte el Sistema de Seguridad Social, que se compone de instituciones que dan cobertura a diferentes grupos de la población. El IMSS atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el ISSSTE a quienes prestan sus servicios en las dependencias gubernamentales en general; PEMEX, SDN y SM a los trabajadores que laboran en esas instancias; pero cabe señalar también la participación de otras entidades de algunos estados, cuyo porcentaje es mínimo en relación al sistema integral. Todas ellas agrupan a familiares de los trabajadores o sus beneficiarios. Al con-

junto de esta población se le conoce con el nombre de población derechohabiente, que incluye además a los pensionados y sus dependientes.

Existen otro tipo de población, la cual no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social. A este contingente se le denomina población abierta y puede tener acceso a ciertos servicios de salud a través de instituciones como la Secretaría de Salud, el DIF, el IMSS-Solidaridad e Instituciones Estatales y del DDF.

Ambos grupos de instituciones, las que protegen a la población derechohabiente y a la abierta, conforman el Sistema Nacional de Salud.

Como se ha señalado anteriormente, en el año de 1995 la población nacional ascendió a 91,158,290 habitantes, de los cuales el 50% (45,723,840) tuvieron acceso a instituciones de seguridad social por tener el carácter de derechohabientes; en tanto que la población abierta fue de 45,434,450, cuyas necesidades de salud debieron satisfacerse en las instancias correspondientes.

En 1995 la distribución de la población derechohabiente de las Instituciones fue la siguiente:

| | DERECHOHABIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------|
| IMSS | 34,323,844 | 75.07 |
| ISSSTE | 9,246,265 | 20.22 |
| PEMEX | 518,552 | 1.13 |
| Secretaría de la Defensa Nacional | 315,550 | 0.69 |
| Secretaría de Marina | 216,310 | 0.47 |
| Instituciones Estatales | 1,103,319 | 2.42 |

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Las diversas modalidades de financiamiento constituyen un elemento fundamental para la adecuada prestación de servicios de salud. En México, los servicios públicos de salud cuentan con tres tipos de financiamiento; éstos son los siguientes:

1. UNIPARTITA. Que corresponde a las Instituciones que atienden a la población abierta, como son la Secretaría de Salud (SSA), el Programa IMSS-Solidaridad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el DDF. Las aportaciones provienen del gobierno federal (más del 80%) y de los gobiernos de los estados. Estos servicios incluyen un esquema de cuotas de recuperación que se aplican con un criterio diferencial, de acuerdo con la capacidad económica del usuario, llegando incluso a su exención.

2. BIPARTITA. Que corresponden al régimen de Seguridad Social de los trabajadores al servicio del gobierno federal, representado por el ISSSTE. Se incluyen en este esquema algunos Institutos de entidades federativas, como el ISSEMYM; los ingresos proceden de las aportaciones de los trabajadores y de los gobiernos federal-estatal.

3. TRIPARTITA. Que corresponde al régimen de seguridad social de todas las personas que se encuentran vinculadas por relaciones formales de trabajo en empresas del sector privado y en algunos del sector social, cuyas atenciones recaen en el IMSS. En esta modalidad los ingresos proceden de tres fuentes: los patrones, trabajadores y gobierno federal.

Como se ha mencionado, el 50% de la población nacional tiene acceso a los servicios de seguridad social, cuyo requisito es el empleo formal en la economía del país; lo que significa que en tanto no se generen mayores niveles de actividades productivas no se podrá dar una mayor cobertura al resto de la población clasificada como abierta, dado que el factor de trabajo se traduce en niveles de ingresos salariales que permiten la adquisición de bienes y servicios básicos (alimentación, vestido); esto permitirá mejorar la calidad de vida de los trabajadores y sus familiares y en consecuencia su salud será más favorable que la de la clase que no percibe ingresos.

Por tanto, el desafío de México no sólo es reducir el desempleo abierto, sino mejorar la calidad del empleo mediante la generación de oportunidades de trabajo bien remunerado en el sector formal de la economía. Para tal efecto, se estima que para absorber los nuevos demandantes de empleo, la actividad económica debe crecer en un cinco por ciento anual, empero si se quiere alcanzar un mejoramiento continuo en las oportunidades de empleo, la economía mexicana debe alcanzar un crecimiento sostenido a tasas todavía más elevadas, como medio indispensable para procurar y alcanzar la justicia en el sentido más amplio, la justicia de las leyes y la justicia social de una vida digna para todos.

El crecimiento sostenido de la economía, del empleo y de los ingresos de los trabajadores del campo y la ciudad requiere de la inversión para aumentar la infraestructura, las instalaciones y la maquinaria para la producción de todos los sectores económicos. Para que haya inversión, hace falta el ahorro interno complementado por el externo.

El impulso de la inversión comprenderá, lo mismo a la inversión en capital físico que a la elevación de la calidad de la fuerza de trabajo. Esto último involucra tanto a la educación y capacitación de los trabajadores, como a la procuración de condiciones de salud, nutrición y vivienda dignas. En la medida en que se consiga elevar el nivel de vida de la fuerza de trabajo, su aportación al desarrollo nacional será mayor. Asimismo, la mayor productividad deberá redundar en niveles salariales más elevados.

La respuesta a la problemática del desempleo no se ha hecho esperar y para fomentar el ahorro interno, el IMSS ha modificado su esquema financiero, emitiendo una nueva Ley que entró en vigor a partir del mes de julio del presente año, en donde entre otros aspectos, se establece un nuevo régimen financiero, en el cual cada trabajador tendrá su propia cuenta individual, la que se integrará con las aportaciones que realicen los trabajadores, los patrones y el Estado al ramo de censatía en edad avanzada y vejez, así como la cuota patronal del 2% del SAR.

De acuerdo a las expectativas, estos recursos serán invertidos en Sociedades de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro, la inversión se canalizará a fomentar la actividad productiva nacional, a la mayor generación de empleos y al desarrollo de la infraestructura.

Por otra parte, la reactivación de la economía ha sufrido ya cambios favorables que de acuerdo a los estudiosos en la materia, al mes de agosto de 1997 se ha obtenido un crecimiento en el producto interno bruto del 8%, con respecto al mismo periodo del año anterior, cuyo PIB al final del ejercicio fue del 5.1% con lo que la nación se orienta hacia un desarrollo económico que será sustentado en gran parte por el ahorro interno, encaminado a engrandecer el crecimiento económico. Sólo puede haber más fuentes de empleo si se invierte más en ellas.

En otras palabras, si se quisiera llegar más pronto, más grande tendrá que ser el esfuerzo ahora y en los próximos años, ya que para crecer más, se necesita más inversión y esto sólo es posible con más trabajo, con más vigor y más ahorro, lo que se traducirá también en mejores condiciones de salud.

De gran utilidad sería que las restantes instituciones de Seguridad Social a través de los estudios necesarios, evalúen la factibilidad de incorporar parte de sus cuotas a engrandecer el sector de la población que fomenta el ahorro interno a fin de incrementar la economía nacional en beneficio de los habitantes del país.

EL FENOMENO DE LA POBREZA

Dra. Frinné Azuara Yarzabal.

POBREZA Y NECESIDAD

Parece existir cierto acuerdo en que ser pobre es carecer de lo necesario para sustentar la vida (Boltvinik, 1994). Sin embargo, queda a discusión qué se entiende por lo necesario, y cómo se le distingue de lo superfluo, de lo contingente, de lo deseable.

El concepto de necesidad no tiene un significado absoluto, y resulta complejo definirlo y estimarlo. Por un lado, algunos autores proponen que existen necesidades absolutas y relativas; las primeras se relacionan con los requerimientos mínimos de lo necesario para mantener la existencia (agua, alimentación, oxígeno), mientras las segundas se definen a partir de valores y normas sociales en tiempos y lugares específicos (Towsend, 1979). Por el otro, otros analistas afirman que las necesidades humanas no son relativas, sino que son únicas e invariables en todas las culturas y en todos los momentos históricos. Desde esta perspectiva que es la dominante hoy día lo único que cambia son los *satisfactores* de las necesidades, pero no las necesidades mismas (Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn, 1986).¹

Maslow (1954) clasifica en tres rubros las necesidades que a su juicio son fundamentales, inalterables y absolutas: (i) *sobrevivencia* (comida, ropa, techo, servicios de salud), (ii) *seguridad* (protección social, orden público), y (iii) *afecto y pertenencia* (relaciones sociales, comunicación social, armonía y convivencia). Pero existen otras clasificaciones.

No obstante y más allá de la clasificación de necesidades que se adopte una vez que se alcanza un acuerdo sobre *lo necesario*, los encargados de la política social deben discutir la dotación mínima (la *canasta básica normativa*) de satisfactores que se requiere para responder a las necesidades de la población. A nivel internacional parece existir acuerdo de que es posible imaginar una canasta básica de satisfactores a lo que todo ser humano debe tener acceso. Sen (1984), por ejemplo, incluye en esa canasta los siguientes rubros: alimentación, **salud**, vivienda, vestido, transporte y educación; y argumenta que las diferencias en la canasta entre un país y otro, sin importar su nivel de desarrollo, no deben ser significativas (salvo por su *calidad*).

De cualquier manera, la canasta básica no se define en el vacío, sino en el marco de una compleja estructura de condicionantes socio-culturales. Esta estructura es muy dinámica, lo que dificulta definir las fronteras entre los satisfactores *necesarios* y los satisfactores *deseables*.

Un satisfactor necesario puede asociarse a una limitación. Desde un punto de vista, podría ser cualquier cosa que interfiera directa o indirectamente con las actividades esenciales al plan de vida de un individuo, y, por lo tanto, su necesidad por un satisfactor debe ser entendida en términos de la obtención de cualquier cosa que sea necesaria para llevar a cabo su proyecto vital (Miller, 1976). Los satisfactores deseables, por su parte, no se relacionan *esencialmente* con el plan de vida individual.

La división social entre satisfactores necesarios y satisfactores deseables es muy importante porque define gran parte de la política social. En un contexto de escasez de recursos financieros, el interés por hacer economías puede provocar que satisfactores necesarios² se redefinan como satisfactores deseables, y por lo tanto como asuntos no prioritarios que se atenderán cuando existan los recursos disponibles (Eyles, 1987). El problema, en este caso, es que la *disponibilidad* de recursos puede ser manipulada por los responsables de la política social. Con frecuencia, la sitúan en un futuro nebuloso e indeterminado y, finalmente, se convierten en jueces inapelables que determinan el momento de disponibilidad, y la dotación social de satisfactores necesarios.

La importancia del concepto de necesidad en el diseño de políticas sociales no está libre de debate. Algunos economistas afirman que el concepto de *satisfactor necesario* es, por lo menos, confuso; porque involucra valores difíciles de medir, juicios de valor y otras variables de corte cualitativo con poca relación con las restricciones económicas existentes.

El argumento que algunos economistas usan con más frecuencia, para justificar una perspectiva estrictamente técnica y cuantitativa que permita evaluar la canasta básica de satisfactores necesarios de la población, es que la satisfacción de las necesidades requiere, inevitablemente, de la disponibilidad de recursos financieros escasos (Culyer, 1976).

No obstante, parece oportuno proponer algunos cuestionamientos a los argumentos economicistas. Por ejemplo: ¿quién define la cantidad de *recursos disponibles* destinados a satisfacer necesidades específicas de la población?; ¿quién controla el uso de los recursos?; ¿quién define, redefine y estima las prioridades? Es evidente que estas consideraciones son más políticas que técnicas y, por lo tanto, no son resolubles solamente con herramientas cuantitativas ni análisis financieros.

POBREZA EXTREMA Y POBREZA MODERADA

Matizar la idea de pobreza no sólo es importante por razones académicas, sino por razones de política. En términos prácticos, los tomadores de decisiones requieren saber la magnitud del problema a resolver, y los recursos que se requieren para enfrentarlo.

Una definición nebulosa de pobreza puede conducir a estimar erróneamente la población que vive en esa condición. Si se subestima, se marginará a grupos de población pobre como destinatarios de las políticas contra la pobreza; si se incurre en errores de sobrestimación, se podrían destinar —innecesariamente— recursos y oportunidades sociales a grupos no-pobres. En ambas situaciones la política social sería ineficiente: todo por una definición inexacta del *objeto* de la política.

Niveles de pobreza

Los analistas de la pobreza distinguen entre pobreza *absoluta* (o pobreza extrema) y pobreza *relativa* (o pobreza moderada) (Levy, 1994). Los extremadamente pobres son los que no pueden acceder a una *alimentación suficiente* para desempeñarse de manera adecuada en su vida cotidiana. Por lo tanto, los que están en esta categoría de pobreza son altamente vulnerables a enfermedades y discapacidades que afectan su desempeño cotidiano en la escuela, el trabajo o en la casa.

Por su lado, los moderadamente pobres son capaces de proveerse de una alimentación suficiente para desempeñar sus actividades de manera adecuada, pero no pueden acceder a satisfactores socialmente aceptados como necesarios (básicos) para el bienestar individual (como los servicios de salud).

Definir la pobreza relativa es más difícil aún que definir la pobreza extrema, porque el componente subjetivo es mayor. Esto se demuestra cuando se trata de identificar los satisfactores necesarios en una sociedad determinada, en un cierto momento histórico. Por ejemplo, tal vez exista consenso de que en México son satisfactores necesarios los servicios educativos y de **salud**, pero eso no resuelve el problema. Faltaría por responder lo específico: ¿qué tipo de servicios?, ¿de qué calidad?, ¿cuál sería el límite de la provisión y porqué?

Los conceptos de pobreza absoluta y relativa no son excluyentes, sino complementarios. El primero se refiere a la capacidad biológica de *funcionar* (de vivir) adecuadamente (de lograr la realización individual), y el segundo a la congruencia entre el nivel de bienestar individual y el socialmente aceptado.

La instrumentación de la política pública requiere distinguir entre la pobreza extrema y la pobreza moderada, porque son poblaciones objetivo distintas; y aunque ambas son pobres, requieren apoyos diferentes.

Los moderadamente pobres requieren oportunidades de desarrollo. En cambio, los extremadamente pobres necesitan apoyos directos para escapar del círculo perverso de la pobreza: desnutrición, **enfermedad**, ignorancia, desempleo, y nuevamente pobreza... Los primeros ya tienen un apoyo nutricional básico para desarrollar sus potencialidades, los segundos no. Por esta razón, los extremadamente pobres no requieren oportunidades que no pueden aprovechar, sino apoyo nutricional para estar en condiciones de vencer la enfermedad e iniciar su desarrollo individual. Por lo tanto, definir correctamente la pobreza —y los tipos de pobreza— es fundamental para el diseño de políticas de desarrollo social que sean efectivas.

No obstante, es difícil trazar un límite preciso entre los moderadamente pobres y los extremadamente pobres. La ambigüedad es inevitable, porque es imposible dividir con precisión los individuos cuya alimentación es suficiente para desempeñarse adecuadamente, de los que no lo hacen (Levy, 1994). Sin embargo, para fines prácticos de instrumentación de política social, es inevitable hacer la clasificación, por imperfecta que sea. El reto, en todo caso, es que los verdaderos indigentes no queden fuera de los programas que los tienen como población objetivo.

POLITICAS CONTRA LA POBREZA

Existen diversas políticas de ataque a la pobreza, y la literatura al respecto es muy amplia (Fields, 1989). En general, las políticas públicas contra la pobreza pueden clasificarse en dos tipos: *indirectas*, que son las que se orientan a acelerar el crecimiento económico confiando en que un efecto de *derrama* incrementará el ingreso de los pobres; y las llamadas *directas*, que se fundamentan en proyectos concretos orientados a disminuir las necesidades de grupos específicos. La diferencia sustancial entre ambos enfoques es que el primero busca incrementar los ingresos de los pobres para luego posibilitarles un mayor consumo, mientras que el segundo enfoque trata de proporcionar consumo directo a los pobres, para que después puedan ellos mismos incrementar su ingreso (Orozco, 1994).

La experiencia disponible sugiere que ambas perspectivas son complementarias y no excluyentes. Por un lado, el crecimiento económico que margina a los pobres es insostenible; por el otro, los programas directos de combate a la pobreza que se instrumentan en un entorno de estancamiento económico son inefectivos.

Los proyectos directos contra la pobreza son muy diversos, pero pueden clasificarse en dos categorías generales: los que se orientan a aumentar la productividad del trabajo (*programas productivos*), y los que se orientan a proveer satisfactores necesarios (*programas asistenciales*) con la idea de incrementar las capacidades y potencialidades de la población pobre. Ejemplos de programas productivos son: créditos blandos para apoyar la producción agrícola o a pequeñas industrias, apoyo financiero para formar cooperativas, exenciones fiscales en la compra de cierta maquinaria. En cambio, los programas que incluyen becas para estudiantes pobres, desayunos escolares o servicios gratuitos de educación y salud, son ejemplos de programas asistenciales.

Ambos tipos de proyectos son importantes en el combate a la pobreza, pero los proyectos asistenciales deben preceder —o ser simultáneos— a los programas productivos: para que la población pobre incremente la productividad de su trabajo, primero se requiere que estén en buen estado físico (lo que incluye de manera preponderante su salud), y luego que se desarrollen.

El combate a la pobreza en México

La historia mexicana de políticas contra la pobreza es abundante (pero no exitosa, González Navarro, 1985), como lo prueban los numerosos programas que se han instrumentado tan sólo en los últimos diez años, que culminan con el programa más ambicioso de combate a la pobreza que se ha instrumentado en la historia de México: el *Programa Nacional de Solidaridad* (PRONASOL).

El nombre de este programa resulta paradójico, en una sociedad como la mexicana que ha permitido enormes desigualdades de diversos tipos entre grupos, regiones e individuos. La distribución social de los recursos en México, en su nivel más general, privilegia los aspectos económicos sobre los sociales, los grupos más fuertes sobre los débiles, las regiones productivas sobre las menos productivas. Luego, en una segunda *fase* de distribución, los grupos más poderosos no son objetivo primordial de la política públi-

ca porque ya fueron favorecidos en la *fase* inicial, y por lo tanto, ya cuentan con suficientes oportunidades, ingreso y capacidad de compra para adquirir en el mercado los bienes y servicios que necesiten o desean. Entonces, los grupos pobres, que fueron marginados en la primera *fase* de distribución, son el objetivo central de la política gubernamental en la segunda ronda, que se relaciona básicamente con la política de bienestar social.

Por eso, a pesar de lo innovativos y ambiciosos que parezcan los proyectos mexicanos de ataque a la pobreza, el proceso de distribución por fases genera la principal deficiencia de nuestras políticas sociales. Esta deficiencia no es de carácter técnico, ni operativo, ni administrativo, sino de *diseño conceptual*; y es, la más difícil de subsanar.

Hasta la fecha, las políticas contra la pobreza de nuestro país no han estado equipadas para realizar una tarea tan colosal como abatir la pobreza, y no lo están, principalmente, porque no se han diseñado para atacar frontalmente la *ideología de la desigualdad*, que ha sido la plataforma de organización social de México desde hace siglos.

En este contexto, las políticas sociales sólo pueden aspirar a combatir la pobreza y promover la igualdad económica dentro de los límites muy reducidos. Al dejar intactos los elementos básicos de desigualdad económica (la principal virtud de la política social mexicana, sobre todo en el marco del neoliberalismo), los programas contra la pobreza han limitado sus posibilidades de éxito como instrumentos genuinos de asistencia, desarrollo y solidaridad social.

Erosionar la ideología de la desigualdad implica atacar estas dos concepciones y demostrarle a la sociedad que la pobreza no sólo afecta negativamente a la población que la padece sino a toda la sociedad en su conjunto: afecta la eficiencia social, favorece la ignorancia, la enfermedad, la desnutrición, la delincuencia, y todo esto impacta severamente a la sociedad en su conjunto.

La pobreza, tal vez, termina costando más que lo que costaría abatirla. Auxiliar la alimentación de los niños y apoyarlos en la realización de sus estudios desde la primaria hasta terminar una carrera profesional costaría por día mucho menos que lo que cuesta mantener a un convicto en el sistema penitenciario o a un enfermo en el sistema de salud. De concretarse apoyos de este tipo, México sería inmensamente rico en recursos humanos. Aún desde el punto de vista costo-beneficio —tan atractivo en la ideología neoliberal— atacar frontalmente la pobreza es una buena inversión.

CONCLUSIONES

Definir la pobreza y los niveles de pobreza no es un problema sencillo. Menos aún intentar abatirla. No obstante, cualquier definición de pobreza que se seleccione y cualquier método de estimación que se aplique, la conclusión es similar: en México, el problema de la pobreza está creciendo y tiene dimensiones aterradoras.

La estrategia mexicana para abatir la pobreza extrema no ha sido exitosa, porque ha sido muy limitada y sólo de carácter temporal. Pero sobre todo, porque ha aceptado

implícitamente la ideología de la desigualdad. En el fondo, la política social mexicana sólo ha atacado la pobreza de manera aparente, porque al actuar dentro de la ideología de la desigualdad, la sostiene y la justifica.

Tal vez sea tiempo de hacer dos cuestionamientos centrales que ayudarían a entender el papel de las políticas contra la pobreza en México: (i) ¿realmente existe un interés social genuino por abatir la pobreza? y (ii) suponiendo que exista un interés genuino a nivel social, ¿hasta dónde está dispuesta la sociedad mexicana a comprometerse con el proyecto?. Estas dos preguntas deberían contestarse en el convencimiento de que no existen soluciones simples ni baratas, para problemas tan complejos y endémicos como el de la pobreza.

Cualquier estrategia para promover la igualdad social o el combate a la pobreza tiene que incluir, como parte esencial de su diseño, el ataque a la ideología de la desigualdad. De otra manera, abatir la pobreza continuará siendo simplemente un sueño.

BIBLIOGRAFIA

- Banco Mundial, (1989), *México: strategy proposal for regional/rural development in the disadvantaged states*, Informe 7786-ME, vols. I y II, Washington.
- Banco Mundial, (1990), *México: basic health care report*, Informe 8927-ME, Washington.
- Bernal M, (1993), Solidaridad: hacia una nueva cultura, *Examen*, núm. 52, 1993.
- Boltvinik J, (1994), *Pobreza y estratificación social en México*, INEGI-COLMEX-IIS-UNAM, México.
- Boltvinik J, (1992), Conocer la pobreza para superarla, *Comercio Exterior*, vol. 42, No. 4, Abril, pp. 302-309.
- Bradshaw J, (1972), The concept of social need, *New Society*, vol. 496, 640-643.
- Culyer AJ, (1976), *Need and the National Health Service: economic and social choice*, Martin Robertson, UK.
- Culyer AJ, Lavers RJ, Williams A, (1972), Health indicators in: Shonfield A and Shaw S, (1972), *Social indicators and social policy*, Heinemann, UK.
- Donnison D, (1975), Equality, *New Society*, vol. 20, Nov. 422-424.
- Eyles J, (1987), *The geography of the national health*, Croom Helm, UK.
- Fields M, (1989), Changes in poverty and inequality in developing countries, *Research Observer*, vol. 4, núm. 2, Banco Mundial, Washington.
- Forder A, (1974), *Concepts in social administration*, Routledge and Kegan Paul, UK.
- González Navarro M, (1985), *La pobreza en México*, COLMEX, México.
- González TE, (1992), Seis tesis sobre el PRONASOL, *El Cotidiano*, núm. 49.
- Hernández-Laos E, (1989), *Medición de la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Hernández-Laos E, (1992), La pobreza en México, *Comercio Exterior*, vol. 42, No. 4, Abril, pp. 402-411.
- Levy S, (1994), La pobreza en México, en Félix Vélez (compilador) *La pobreza en México: causas y políticas para combatirla*, ITAM-FCE, México.
- Maslow A, (1954), *Motivation and personality*, Harper and Row, UK.
- Max-Neef M, Elizalde A, y Hopenhayn M, (1986), Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro, Número especial de *Development Dialogue*, CEPAAUR, Suecia.
- Miller D, (1976), *Social justice*, Clarendon Press, UK.

- Mooney G, (1986), Economics, medicine and health care, Wheatsheaf Books Ltd, UK.
- Orozco M, (1994), Otras políticas para el alivio de la pobreza extrema, en Félix Vélez (compilador) *La pobreza en México: causas y políticas para combatirla*, ITAM-FCE, México.
- Rojas C, (1991), Avances del PRONASOL, *Comercio Exterior*, vol. 41, núm. 5, 1991.
- Sen A, (1981), *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation*, OIT-Clarendon Press, Gran Bretaña.
- Sobriño LJ y Garrocho C (1995), *Pobreza, política social y participación ciudadana*, El Colegio Mexiquense-SEDESOL, México.
- Towsend P, *Poverty in the United Kingdom*, Penguin, Harmondsworth, Gran Bretaña.
- UNDP (1997), *Human development report 1997*, Oxford University Press, UK.
- Walton R, (1969), Need a central concept, Social Service Review, July 1969.

COBERTURA DE SALUD PARA POBLACIONES MARGINADAS. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

Dr. Javier Cabral Soto

El desarrollo de alternativas económico administrativas que permitan a las instituciones de salud garantizar servicios de salud a la población que urgentemente los requiere, representa una oportunidad única.

Sin duda lo relevante para cumplir el derecho a la atención de la salud de todos los mexicanos es el financiamiento para los servicios, los costos de los insumos y la tecnología para la salud, así como su impacto, pero sobre todo su costo beneficio, y evidentemente la aceptación de los usuarios, lo que trastoca los terrenos de la equidad, la justicia y la ética.

El reto es atender la necesidad de elevar la calidad de vida de los mexicanos, aumentando sus niveles de bienestar y disminuir la pobreza y la exclusión social de vastos sectores de la población carente de recursos económicos en donde la salud, que es nuestra encomienda, juega un papel de causa efecto para el desarrollo integral.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Plan Nacional de Salud se han propuesto las estrategias y las acciones para asumir el reto, a través de la reforma del sector salud que tiene como fundamental propósito abatir dicha desigualdad, orientándose a establecer oportunidades equitativas mediante fórmulas que permitan extender los servicios de salud a población carente de ellos, así como mejorar la calidad de los servicios de educación, salud y vivienda.

Estas demandas enfrentan circunstancias sociales, políticas y principalmente económicas de origen interno como externo que rebasan las posibilidades financieras de las instituciones del sector.

Así, surge la necesidad de instrumentar programas de atención que logren incorporar requisitos de viabilidad que le aseguren su éxito y subsistencia en el tiempo; siendo por tanto básica la premisa de conseguir los mayores resultados en salud a cambio del menor costo financiero posible.

Esto significa que sus logros no se deben evaluar simplemente en términos de magnitud y cobertura de prestaciones y servicios sino que sus resultados tienen que medirse en términos de costos y eficiencia entre las diferentes opciones de atención.

El programa IMSS-Solidaridad surgió como una necesidad de extender la cobertura a población abierta sin capacidad de pago. Hoy el programa está ampliamente probado

con resultados satisfactorios en la atención a bajo costo para la población denominada abierta que se concentra en los indígenas y campesinos más pobres de 17 entidades federativas y su existencia se debe a la necesidad de extender cobertura mediante el apoyo administrativo y técnico médico y la solidaridad de la seguridad social.

Este programa tiene su fundamento en el derecho a la salud de todos los mexicanos, por ello presenta desde sus orígenes características estructurales y funcionales que le permiten responder en forma natural y óptima a las necesidades citadas, al tener un modelo de atención único que se ha ido perfeccionando con el paso del tiempo y dirigido precisamente a la población ubicada al margen del desarrollo nacional, esto le permite una capacidad de constante extensión de los servicios de salud tanto en términos geográficos como en calidad de los servicios prestados, así como una gran flexibilidad para resolver los problemas particulares que afectan a estas poblaciones.

Los principios de IMSS-Solidaridad se remontan a 1974 con la creación del Programa Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que atendía poblaciones específicas de trabajadores del campo sin capacidad contributiva.

En 1979 bajo el nombre de IMSS Coplamar, se amplió su cobertura al conferírsele mediante financiamiento del 100% a cargo del Gobierno Federal, la responsabilidad de proteger a población de zonas altamente marginadas mediante convenios con entidades estatales y federales.

Entre 1983-1986 el Gobierno Federal decidió trasladar a la Secretaría de Salud para descentralizar a 14 estados, 990 Unidades Médicas Rurales y 22 Hospitales.

A partir de 1988 el Programa opera en 17 estados bajo la denominación de IMSS-Solidaridad, en esta etapa el Programa atiende áreas rurales donde habitan cerca de 11 millones de mexicanos, predominantemente campesinos pobres e indígenas.

La atención a población muy depauperada se confirma con la siguiente información: la población atendida reside en 1,262 municipios que según informes del Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI), el 88% de ellos son considerados de alta y muy alta marginalidad, y en los que se concentra la mayor proporción de los recursos del programa.

El 80% de las localidades atendidas, (12,734) tienen menos de 1,000 habitantes, en el 63% de ellas se accede por caminos de terracería, 95% de ellas carecen de red de drenaje, y únicamente el 38% tiene abastecimiento de agua.

Treinta por ciento de la población del programa es indígena, 60% es analfabeta o no concluyó la instrucción primaria y un 90% de la fuerza laboral se dedica a la agricultura.

Para atender esta población, IMSS-Solidaridad cuenta con una infraestructura de servicios de salud de 1o y 2o nivel que comprende una red regionalizada de servicios con 3,540 unidades médicas rurales y 68 hospitales.

Todas las unidades tienen delimitada en forma precisa la población de su responsabilidad, lo que permite otorgar servicios programados con el enfoque de riesgo y evaluar con precisión el impacto de las acciones. Sin embargo, esto no obsta para dar atención

médica por demanda a la población que está fuera de estos universos de responsabilidad. En la operación estos servicios representan por lo menos el 30% de las acciones realizadas.

Los hospitales rurales son el eje de una zona de servicios médicos, proporcionan atención médica especializada con lo que dan respaldo a un conjunto de unidades de primer nivel, que de otra manera verían limitada su capacidad resolutive.

El modelo vincula la atención integral con un esquema específico de referencia-contrarreferencia y el enlace permanente con la comunidad, haciendo patente la participación como contraprestación en el autocuidado de la salud y mejoría de la calidad de vida.

El Programa IMSS-Solidaridad opera un modelo basado en la estrategia de atención primaria a la salud, el cual por su enfoque integrador contempla la totalidad de las actividades médicas, además promueve la corresponsabilidad de la población en el mejoramiento de sus condiciones de salud a través de la participación comunitaria y el autocuidado de la salud.

La estrategia de establecer como objetivo primordial la protección a la salud implica claramente un enfoque preventivo de las actividades de salud, además de mantener la presencia del equipo de salud en la localidad con servicios continuos las 24 horas, los 365 días del año.

El programa rescata conceptos modernos de la salud pública, ya que desde el enfoque integral la planeación de actividades responde a necesidades locales y las metas se basan en el análisis de la información que realiza el personal operativo junto con la comunidad.

La participación de la comunidad en la definición de prioridades de salud mantiene el principio de máxima eficiencia al incluir la plena participación de grupos de profesionales, técnicos, auxiliares y miembros de la comunidad, capacitados de acuerdo con las circunstancias y características de cada comunidad.

El origen y permanencia de este modelo de atención integral del IMSS-Solidaridad se deben a la integración de las formas de organización, costumbres, tradiciones y prácticas en torno a la salud de las propias comunidades y a la comprensión que los daños a la salud son producto de las condiciones de vida, y que para modificarlas se requiere de un concepto de salud integral que aporte respuestas acordes con la carga cultural, ambiental y social de las comunidades, mismas que participan en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios, que finalizan en un proceso de contraloría social.

De este modo la permanencia de los servicios otorgados está en función de la actividad de esta estructura comunitaria y en especial de los asistentes rurales de salud.

Se ha dado al médico de unidad médica rural la obligación de propiciar el funcionamiento de dicha estructura en las localidades donde no exista y de consolidarla donde se encuentre operando.

En IMSS-Solidaridad el asistente rural de salud y los técnicos rurales de salud tienen un papel fundamental en las estrategias de extensión de cobertura, y con la próxima puesta en marcha del programa de educación, salud y alimentación este personaje adquiere un rol definitivo, como es tener a su cargo el control de tres localidades adicionales para efectos de atención a la población incluida en esta importante propuesta gubernamental, esto representa un incremento de cobertura de casi 12 mil localidades más.

El programa ha obtenido alcances significativos en cuanto a brindar atención de alta calidad e implementar todas las actividades que la población indígena y campesina requiere para la prevención y control de diversas enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Los avances han sido significativos, en especial para enfermedades prevenibles por vacunación y atención materno infantil, y se han identificado cuatro grandes prioridades de atención.

- La salud reproductiva y la planificación familiar.
- La vigilancia nutricional del menor de 5 años, la mujer embarazada y la madre lactante.
- Control de los padecimientos asociados al deficiente saneamiento ambiental.
- La extensión de los beneficios a núcleos vulnerables de alta prioridad como los escolares y los más pobres dentro de las localidades, así como la atención de padecimientos crónico degenerativos producto de la transición epidemiológica en el ámbito rural.

Estos y otros problemas que seguramente afectan a población bajo responsabilidad del programa o fuera de ella han tenido respuesta con la incorporación de novedosas estrategias de atención que implican no solamente una mayor cobertura poblacional o geográfica, sino otras que implican la extensión de los servicios de salud otorgados a costos razonables que el país puede soportar, el gasto de la aplicación del modelo por solidariohabitante es de ciento setenta y siete pesos (unos 22 dólares) para el primero de enero de 1997.

El acercamiento de los servicios de salud a través de la realización de jornadas de salud reproductiva en unidades médicas rurales y de encuentros quirúrgicos de alta especialidad (cirugía plástica, traumatología y ortopedia, oftamología y ginecología), representan oportunidades únicas de atención a núcleos de población que de otra manera nunca hubieran tenido una posibilidad de acceder a estos servicios.

Otra forma de acercamiento de los servicios de salud en formas extramuros lo representa el programa de atención a la salud escolar, donde se presta una atención a problemas diversos de salud de toda la población escolar que acude a las escuelas ubicadas en las localidades donde opera el programa, así como el fortalecimiento de la estructura comunitaria para mejorar las condiciones de los inmuebles y de la participación social.

El Programa IMSS-Solidaridad mantiene un vínculo de trabajo con distintos grupos alternos de atención a la salud tales como las parteras, médicos tradicionales e indígenas, que se contemplan dentro de la estructura comunitaria ya que su cooperación y acercamiento brindan una mejor comprensión de la problemática local y sus soluciones,

con la ventaja adicional de influir en algún grado en sus formas de atención y reconocer problemas de salud que requieran necesariamente de atención profesional.

El acercamiento de servicios a través de los albergues maternos se ha revelado como una estrategia de alto impacto para lograr mayores niveles de atención obstétrica en aquellas mujeres que presentan problemas en su embarazo con las consecuentes repercusiones favorables del estado de salud en esas zonas.

La introducción de técnicas novedosas de información, comunicación y educación que tienen un amplio alcance comunitario entre la población deben considerarse como acciones de extensión de cobertura, situación semejante es la introducción de sistemas adecuados de monitoreo del estado nutricional que implican, tanto al cuerpo de salud como a la estructura comunitaria en su totalidad, ya que propician una mayor oportunidad de identificar problemas de salud.

Por último, en lo relativo a las acciones destinadas a evitar los padecimientos asociados a deficiencias en el saneamiento básico, se incluye también el disponer sanitariamente las excretas y basura, y la participación en la vigilancia y cuidado del agua y acciones de mejoramiento de la vivienda, acciones estas que de otro modo seguirían siendo perjudiciales para la salud.

El programa ha logrado incorporar uno a uno elementos diversos pero necesarios para llevar servicios de salud a estratos mayores de población, manteniendo el principio de alta eficiencia a bajos costos.

Tomar en cuenta las características sociales y culturales, así como los antecedentes históricos de la población, han sido elementos fundamentales para incorporar estas estrategias de extensión de cobertura propiciando la racionalización de los recursos y la contención de costos.

El énfasis en prácticas preventivas y de educación es una parte sustantiva de cualquier programa que intente llevar en forma eficaz y eficiente servicios de salud a población abierta, enfrenta un futuro incierto en el mundo y por ende en los países latinoamericanos afectando en forma importante el impacto planeado.

En la actualidad la capacidad de respuesta de los servicios de salud se encuentra muy limitada por presiones fundamentalmente económicas, además se ubica en una fase particular de la transición demográfica y epidemiológica, donde aún se requiere de una mejor inversión para enfrentar las demandas de atención de las enfermedades transmisibles y se están identificando necesidades extraordinarias para contender las enfermedades crónicas, que requieren de personal y equipo especializados y en donde las intervenciones de carácter preventivo no son bien reconocidas ni fácilmente instrumentables ni evaluables.

El programa IMSS-Solidaridad cumple 18 años de vigencia en el medio rural de México, enfrentando condiciones económicas, políticas, culturales, sociales y geográficas adversas. Su tarea ha sido y es compleja, pero se han dado pasos por las comunidades rurales de tal naturaleza que es imposible detener el avance de la protección a la salud de estos sectores poblacionales con profundas carencias.

POLITICA ECONOMICA Y SEGURIDAD SOCIAL

C.P. Rodolfo Davis Contreras

La finalidad de toda nación es convertirse en un estado social, en un país en donde su población goce del mínimo bienestar dignamente humano. Esto es, donde el total de la población tenga acceso a la salud, a la jubilación, riesgos de trabajo cubiertos y economía cercana al pleno empleo.

Hoy en día existen en el mundo diversas naciones que han alcanzado un estado social, y al observar su política económica (política fiscal-gasto social), podemos apreciar que no existe un solo camino para llegar a dicha meta. Existen por ejemplo países con intervencionismo social fuerte (Suecia, Austria), estados sociales compensatorios o blandos (Francia, Bélgica y Alemania), y estados sociales con nula o escasa política social (Japón y Suiza). Todos los países antes mencionados, han logrado convertirse en estados sociales.

Por lo anterior se puede afirmar que existen diversos modelos exitosos de lograr una cobertura total de seguridad social, los cuales están más relacionados con la habilidad del sistema económico para incorporar a los grupos con menor capacidad económica a los beneficios del crecimiento y la salud (cabe hacer el comentario que Suiza y Japón tienen un PIB-per cápita superior a los 25,000 dólares anuales). Las comparaciones internacionales muestran que existen distintas mezclas para lograr la seguridad social amplia, lo que sugiere que lo importante no es cuánto se gasta, sino cómo, dónde y cuándo.

ECONOMIA DE ESTADO Y BIENESTAR. SITUACION DE MEXICO

El proyecto constitucional de 1917 modificó básicamente las ideas de asistencia de beneficio provenientes del siglo pasado. En esa concepción la atención a la salud era considerada un campo propio de la iglesia y filantropías privadas, a partir de este siglo la seguridad social se va articulando fundamentalmente con los derechos asociados al régimen laboral formal.

En México el objetivo de la justicia social se encuentra establecido en la Constitución como un proyecto, como una meta por alcanzar y se incorpora la justicia y el bienestar como prioritarios de la acción gubernamental.

Las organizaciones gremiales (sobre todo las obreras) se articularon con la naciente seguridad social, mediante un dispositivo económico en el que el empleo formal fue el elemento central a partir del cual se convinieron las políticas de seguridad social. El

despliegue de la relación estado-movimiento obrero posibilitó que los derechos y las aspiraciones constitucionales en materia de bienestar social se convirtieran fundamentalmente en derecho de gremio, dejando fuera a una gran parte de la población principalmente campesina, que de acuerdo a la estructura del campo se autoemplean.

No obstante esa situación, se alcanzaron metas significativas pero nunca se avanzó en la construcción de un estado social propiamente dicho. Este propósito tuvo frente a sí la marca de los desequilibrios industrializadores, así como el haberse estructurado con una población objetiva delimitada y con una gran concentración de recursos en beneficio de los grupos organizados del país; simplemente en 1994 la federación subsidio al IMSS por 34,689 millones de pesos, mientras que a instituciones de población abierta sólo canalizó 7,694.30 millones de pesos.

La dinámica de la seguridad social, propició que un número mayor de mexicanos tuviera mejores condiciones de vida; empero la base de financiamiento de estas acciones y sustento político corporativo, deben ser cuestionadas, toda vez que traslada la mayor parte del presupuesto de salud hacia organismos que reciben cuotas obrero-patronales y deja descubierta a la población abierta.

Hoy en día somos testigos de un paulatino desgaste de la tradiciones políticas de bienestar social. Este deterioro se expresa en el ámbito económico a partir de una menor dinámica de empleo, en bajo gasto social y en pérdida acentuada del poder adquisitivo del salario. En el ámbito político el modelo de bienestar social basado en el esquema corporativo también da claras muestras de desgaste.

LA POLITICA ECONOMICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

A partir de este siglo, la seguridad social se va articulando fundamentalmente con los derechos asociados al régimen de empleo formal. México al vincular el empleo con la seguridad social, hace depender sus prerrogativas de la estabilidad y contingencias de los mercados de trabajo formales. Esta situación se aleja del derecho constitucional de bienestar social.

En México en la década de los cuarenta se creó el primer instituto de seguridad social que extendió su cobertura sobre la base del empleo permanente y formal, más como un estilo de intervención pública en el que predominó la visión corporativa.

Tan es así que se crearon instituciones que cubrían aspectos de seguridad social sólo para los grupos con mayor poder de negociación (obrero-Seguro Social, burócratas- ISSSTE, militares, electricistas, ferrocarrileros, etc.).

En tanto el crecimiento de la economía permitió mayores empleos, amplios grupos sociales resultaron beneficiados de este patrón de seguridad social. Ello, sin embargo, limitó y definió su evolución, siendo ésta en general gradual y desigual por grupos y regiones en México; el concepto de seguridad social ha estado más asociado con la categoría de empleado que con la de ciudadano. El concepto de seguridad social en países con estados sociales está más relacionado con el ser humano, independientemente de su calidad de empleado o ciudadano.

En materia de los servicios de atención a la salud, cálculos recientes indican que México ha logrado una cobertura del 70% del total de la población. Ello no obstante deja un largo camino por recorrer en materia de cobertura total, aumento de la calidad y eficiencia de los servicios.

Es necesario recordar que la vocación original del Estado Mexicano, es la de asegurarle un trato preferencial a los más desprotegidos, sin embargo este fin se ha distorsionado cuando adquiere la forma de corporativismo y surgen organizaciones controladoras de la administración de la justicia social.

Dentro de las críticas que cabría hacer al sistema de salud, está la creciente inoperancia e ineficiencia de las instituciones para cubrir más mexicanos con los servicios públicos básicos, e impartir justicia social como parte de una función central del estado.

Sin embargo la ineficiencia de algunas instituciones estatales no fundamenta de manera liberal y directa su privatización. Las carencias y rezagos que afectan la subsistencia de grandes masas no admite solución individual o fórmulas neoliberales privatizantes. El que hoy la democracia se proponga a menudo como salida positiva a la obesidad estatal, no debería sugerir que al tratar de adelgazar al estado, se olvide el objetivo de lograr una cobertura amplia y constante de las necesidades consideradas esenciales para el total de la población.

Durante mucho tiempo las instituciones y los recursos públicos han dado la impresión de ser propiedad de círculos de interés tan poderoso como cerrados (sindicatos, federaciones, cámaras). A ello habrá que agregar que hablar de trabajadores asalariados es aún en nuestro país una referencia a sectores minoritarios.

Los grupos excluidos lo han sido porque tienen una capacidad limitada de negociación y sólo pueden pedir concesiones dentro del marco corporativo correspondiente. Por lo que el concepto de civil pasó a descomponerse, y se impuso el de categorías civilidad.

CONCLUSIONES

La llamada crisis de seguridad social que afecta a casi toda América Latina, tiene dos expresiones fundamentales: los sistemas de seguridad social enfrentan problemas financieros graves y son insuficientes en las coberturas sociales. Pero el problema básico radica en la capacidad de reproducción de estos sistemas en un contexto en el que la seguridad social tiene que ser pieza clave del desarrollo económico, competitivo y abierto en que el país se encuentra empeñado. La seguridad social, afecta entre otras cosas la productividad del trabajo, los costos de producción y los esquemas de competitividad. Lo que se requiere discutir hoy no son tanto sus deficiencias añejas, sino el tipo de seguridad social que se necesitará para la nueva economía y la nueva sociedad que se están conformando.

Los caminos a seguir podrían ser los siguientes:

- I. Cómo puede responder la seguridad social a una economía cada vez más internacionalizada que modifica la relación empleo-salario. Estos cambios tienen en su base una revolución tecnológica que provoca alteraciones profundas en la gestión laboral. Tan es así que podríamos afirmar que la revolución tecnológi-

ca nos ha enseñado que puede haber algo peor que la explotación del hombre por el hombre, y es la no explotación del hombre y su sustitución por sistemas completamente automatizados.

La única forma de atacar este problema es fortaleciendo la educación en todos sus niveles, tratando de incrementar el porcentaje de profesionistas y técnicos, aunado a un compromiso empresarial por lograr el abatimiento del desempleo y detener el crecimiento demográfico.

- II. Vinculado con lo anterior se encuentra el surgimiento violento de la “economía no formal” que según distintos indicadores representa hoy entre 25 y 40% de la población que trabaja. Este dato modifica la relación laboral que hemos concebido como clásica: empleo formal-sindicato-empresario-seguridad social, trillada sobre la que se ha construido nuestro modelo de acceso a la seguridad social. Por lo que se debe modificar la legislación fiscal y mercantil para incorporar a la base tributaria y a las obligaciones y beneficios de la seguridad social a la economía informal.
- III. Junto con estos cambios estructurales se encuentra el tema de la legislación laboral. Esta tuvo sus desarrollos en el marco de una economía con crecimientos más o menos estables y sostenidos, y por una noción de mercado interno que hoy se modifica en el marco de economías abiertas y competitivas. Parece urgente una modificación en el derecho laboral que tome como ejes rectores la protección de ciertos estándares laborales y las nuevas realidades económicas.
- IV. Es innegable que las instituciones de seguridad social, han abusado de la administración y de la economía. En el marco de las reformas, parecería adecuado que las transformaciones en la seguridad social reflejaran como primera condición la nueva pluralidad de grupos y actores en México de fin de siglo. Otra cuestión que queda abierta es la del papel que podrían desempeñar en una economía cada vez más internacionalizada, los seguros proporcionados por el sector privado.

EN DEFENSA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Lic. Marcela González Salas

Quienes definen el patrimonio de la sociedad lo resumen en tres grandes conceptos que denominan “bienes esenciales”: bienestar, libertad e igualdad, todos ellos articulados por el derecho para garantizar la equidad de sus beneficios y los deberes, tanto del individuo como de la comunidad, para con los mismos a fin de no sólo preservarlos, sino acrecentarlos y fortalecerlos.

A lo largo de la historia, algunos de estos bienes han sufrido acotaciones, pero no por ello han sido del todo cancelados, de manera tal que en el transcurso del tiempo, más temprano que tarde, los integrantes de la sociedad caen en la cuenta de que dichos bienes son moral, jurídica y socialmente irrenunciables y, es entonces, cuando pacífica o agitadamente se llevan a cabo acciones y medidas para la conquista o restablecimiento de los mismos.

Los tres bienes esenciales: bienestar, libertad e igualdad, son correlativos; el génesis de uno da vida a los otros o la negación de cualquiera de ellos, hace inexistente a los demás, en otras palabras, tal trilogía es causa y efecto de la dignidad social.

Ahora bien, en cuanto al origen de la sociedad algunos estudiosos utilizan para explicarlo el concepto “sujeto-ambiente”, considerándolo como algo que ha sido hecho, pero que a su vez se va haciendo, o sea, que la sociedad se va formando con carácter de mutua determinación entre sujeto y ambiente. Otros utilizan, para advertir el surgimiento de la sociedad, el concepto: “la forma que se forma a sí misma” dentro de una relación entre concepto y práctica.

De acuerdo con lo anterior, “la forma que se forma a sí misma”, es la expresión concreta de la idea dinámica del hombre que es el paradigma de construcción del mundo, es la expresión del mundo, por el hombre, en el espacio - tiempo, cuyo desarrollo y evolución registra la historia.

En este sentido la sociedad es la autodeterminación del mundo como unidad total. La sociedad, dicen, comienza ahí donde el mundo que tiene carácter de autoidentidad se autodetermina como unidad total.

Por otra parte, para hablar de un verdadero concepto y una verdadera práctica o concreción de ese concepto como formación y transformación de ese mundo histórico - social, es necesario que exista un punto de autoproyección, autoexpresión y autoformación del mundo. Ese punto es ni más ni menos que el hombre.

La diferencia entre comunidad y ese foco móvil del mundo (el hombre) es lo que distingue la sociedad antigua de la moderna. En la sociedad antigua no hubo verdadero individuo humano sino solamente existencia comunitaria.

Esta completa diferenciación y desarrollo del hombre se da en la sociedad moderna. Aquí se encuentra una de las grandes diferencias que establecen los filósofos y sociólogos, entre ellos Nishida Kitaro, de lo que fue la sociedad antigua y lo que hoy es la moderna, pues es en esta última, en donde el individuo humano perfecciona su condición para alcanzar la categoría o status de individuo social.

La sociedad pues, es un todo orgánico, una unidad en la que el hombre vive con carácter de especie humana y como célula de este todo orgánico.

Ahora bien, la sociedad misma, en su conjunto, puede ser considerada como algo independiente del individuo humano. Cuando se le ve desde esa perspectiva puede decirse que una sociedad creativa que vive en sí, en un aspecto, debe ser negación del hombre subjetivo. Por eso, en ese aspecto, se le puede considerar enteramente material. Sin embargo, es precisamente en la sociedad donde se constituye el individuo. Originalmente no puede pensarse en un solo y único individuo. Un individuo solo y único no es individuo. El individuo lo es, por el hecho de oponerse a otro individuo. El individuo humano es tal por vez primera, en la sociedad, de ahí que no puede pensarse al individuo como algo que antecede a la sociedad. Siendo así, la sociedad va desarrollándose tomando como base la operación histórica del individuo.

La relación entre individuo y sociedad no es algo que esté fuera del tiempo-espacio de la vida histórica, siempre tiene lugar dentro de la historia. La mutua relación entre sociedad e individuo debe ser algo que se piense en una plataforma y en un ambiente. Ahí el individuo intuye los hechos sociales, fundamentando con ello la sociedad; ahí el hombre evoluciona como ente social, ahí se desarrolla, genera sus necesidades y los satisfactores de las mismas; ahí se humaniza, le da a su vida un sentido social, un sentido histórico; ahí también acredita su condición de superioridad en relación de los demás seres vivientes; ahí busca la expresión de su dignidad; ahí tienen su origen los bienes de los que hablábamos en un principio; bienestar, libertad e igualdad que para hacerlos comunes a sí mismo y a los demás los enmarcó en lo que conocemos como derecho social.

Por derecho social entendemos, según resume el jurista Federico J. Gaxiola Moraila, el conjunto de normas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores, en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad, integrados por individuos socialmente débiles para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico.

Tradicionalmente se han clasificado las normas jurídicas en normas de derecho privado y normas de derecho público. En el primer grupo se encuentran las leyes que partiendo de la noción de igualdad, regulan la relación de las personas en su carácter de particulares, esto es, no investidas de poder público respecto a dichas relaciones. En el segundo grupo, las normas que reglamentan la organización y actividad del Estado y demás organismos dotados de poder público y las relaciones en que intervienen con tal carácter.

En México el derecho social incide en seis disciplinas que son: el derecho del trabajo, el agrario, el económico, el de seguridad social, el de asistencia social y el cultural. Estas ramas del derecho no pueden ubicarse dentro del derecho público o privado, de ahí que se justifique el establecimiento del derecho social dentro de las divisiones primarias del derecho.

Explicando brevemente cada una de estas ramas del derecho social, se puede decir que el derecho agrario regula la equitativa distribución de la tierra y su explotación en beneficio del mayor número de campesinos y de la sociedad por el volumen y costo de la producción agrícola y ganadera.

A este respecto quiero señalar que de acuerdo a muchas voces, las reformas practicadas en el sexenio pasado al artículo 27 constitucional, hicieron de alguna forma que el carácter social del derecho agrario se diluyera en aras del incremento a una productividad que aún no logra ser acreditada, bien por la crisis económica, bien por falta de tecnología, o porque no es rentable su producción.

El derecho económico tiende a garantizar un equilibrio entre los intereses particulares de los agentes económicos, públicos y privados y un interés económico general. Esto es, que tiene una finalidad puramente social: poner al alcance de la población elementos de trabajo y de desarrollo.

El derecho al trabajo regula las relaciones obrero - patronales y trata de rodear al trabajador de todas las garantías en el desempeño de sus actividades. Protege a éste en tanto es miembro de esa clase.

El derecho a la asistencia social, considera los intereses y las necesidades de quienes no pueden trabajar ni procurarse las atenciones médicas, de alimentación, de vestido, de habitación que requieren, creándose entidades jurídicas con características ajenas al derecho público y al privado.

El derecho cultural se integra con las leyes que regulan la instrucción y la educación en todos los grados, clases y aspectos, procurando ofrecer las condiciones necesarias para una buena educación para todos.

Por último, el derecho de seguridad social es un derecho de clases porque se dirige a proteger a quienes sólo cuentan con su trabajo personal como fuente de ingresos y los protege de la enfermedad, la invalidez, la desocupación y la vejez.

El derecho a la seguridad social como el derecho al trabajo, apunta Braulio Ramírez Reynoso parten de la consideración del hombre como integrante de un núcleo social bien diferenciado; no como un sujeto abstracto de relaciones de carácter estrictamente jurídico.

La seguridad social como avance de la solidaridad colectiva comprende, como ya se ha dicho, una gama de servicios esenciales para preservar y mejorar la condición humana, tales como servicios asistenciales, médicos, económicos, sociales, culturales y deportivos, entre otros.

En su concepción moderna, la seguridad social descarta la idea privativa consistente en considerar la culpa del trabajador en la producción del riesgo y la consiguiente exoneración del propietario de los medios de producción. Hoy se reconoce que la economía genera el riesgo, que este es socialmente creado y sus consecuencias deben ser socialmente compartidas.

A este respecto quisiera señalar que muchos de los riesgos del quebranto de la salud de los trabajadores definitivamente no tienen su origen en el trabajo, sino que la causa estriba en conductas individual y socialmente irresponsables de buena parte de los trabajadores. Me refiero a situaciones de tabaquismo, alcoholismo, obesidad, entre otras, que cuando presentan manifestaciones de morbilidad, requieren, para su atención las más de las veces, de servicios y recursos que globalizados serían considerados como extraordinarios y a la vez impactantes.

Si bien es cierto que la atención de enfermedades no profesionales está prevista en la legislación, también lo es que pese a las múltiples acciones preventivas y de educación para la salud, la incidencia de males derivados de tales conductas es considerable, de manera tal que exigen del sector salud y de los sistemas de seguridad social, como de los organismos gremiales, emprender acciones más incisivas para la prevención de tales conductas fortaleciendo una auténtica cultura de salud.

Haciendo un poco de historia en cuanto a la seguridad social, de acuerdo con Javier Moreno Padilla, se asienta que en la antigüedad la caridad era un mecanismo de incipientes alcances para proteger de riesgos contra la salud.

La colonización española trajo al nuevo mundo algunas instituciones protectoras de la salud y del salario: tales como las mutualidades y las cajas de ahorro.

Por otra parte, la explosión demográfica, el avance tecnológico y la industrialización tuvieron como contrapartida el avance sociológico de la organización obrera. Es así como surgen las instituciones del derecho colectivo del trabajo: sindicato, huelga y contrato colectivo. Se hacen necesarias nuevas medidas protectoras de la salud en el trabajo y fuera de él, que coadyuven a un desarrollo integral de la clase trabajadora y su familia.

William Beveridge lanza en 1940 en Alemania, su famoso plan básico de seguridad social, pero ya desde 1883 Bismarck había establecido un seguro de enfermedades y accidentes de trabajo. Por otro lado, el capítulo XIV del Tratado de Versalles también se ocupó de esta materia.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la ONU en su asamblea del 10 de diciembre de 1948, es específica en cuanto al derecho a la seguridad social, de manera tal que en su artículo 22 establece que: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

El artículo 25 de esa misma declaración agrega que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad".

“La maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos dentro o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Estos textos de la ONU muestran que la libertad de los individuos sólo existe en la medida que disfrutan de una garantía de sus medios de subsistencia, en el caso de que éstos pudieran encontrarse comprometidos a consecuencia de circunstancias independientes a su voluntad.

En México señala Moreno Padilla, existen diversos antecedentes en materia de seguridad social, entre ellos las leyes del gobernador del Estado de México, José Vicente Villada y del general Bernardo Reyes en la primera década del presente siglo; así como las legislaciones del periodo revolucionario de los estados de Jalisco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Pero el punto de partida, a nivel constitucional, fue la fracción XXIX del artículo 123, al reconocer la necesidad y establecer la utilidad social de construir cajas de seguros populares, para asumir las consecuencias de la invalidez, la cesación involuntaria en el trabajo y demás riesgos inherentes a las relaciones obrero-patronales.

En 1929 se declaró la utilidad pública de la expedición de la Ley del Seguro Social, pero realmente surge hasta el año 1943. Treinta años después se emite un nuevo ordenamiento: la Ley del Seguro Social, la cual es sustituida por otra que fue aprobada el 12 de diciembre de 1995. Esta nueva Ley del Seguro Social que introduce sustanciales reformas, ha sido objeto de cuestionamientos, principalmente en lo referente a las pensiones, las cuales según algunos, hacen que se pierda el sentido social y solidario de las mismas.

Ciertamente toda norma o disposición es perfectible, más aún en sociedades democráticas y de derecho como la nuestra, que posibilita en todo momento su adecuación a las circunstancias en que nos caracteriza, el modelo de las AFORES podría ser revisado en este contexto en aras de su consolidación y seguridad de los trabajadores.

Aparte del IMSS, en nuestro país hay otros organismos que prestan servicios de seguridad social, tal es el caso del ISSSTE que fue constituido el 30 de diciembre de 1959. Este organismo se ocupa de las prestaciones que deben ser proporcionadas a los trabajadores del servicio civil de la Federación y del Distrito Federal, así como a quienes dependen de organismos públicos incorporados por decreto o por convenio a su régimen.

Otro, es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México, que es un organismo público descentralizado de acuerdo a la ley expedida el 26 de julio de 1976. El ISSFAM está encargado de las prestaciones médicas, asistenciales y culturales para los miembros del Ejército y de la Armada Nacional.

Por otra parte, varias entidades del país subrogan los servicios de seguridad social de los servidores públicos estatales y municipales al ISSSTE o al IMSS, mientras que en el renglón de las pensiones existen organismos específicos. En otros Estados se han constituido estructuras integrales de seguridad social, tal es el caso del Estado de México en donde el ISSEMYM, desde hace casi tres décadas, presta la atención correspon-

diente de la seguridad social a los trabajadores del Estado y sus municipios, así como a los de los organismos auxiliares conforme a una legislación específica.

Históricamente, la seguridad social surgió al mismo tiempo que la necesidad de seguridad en los individuos y de la situación económica y social que resultó en el despertar de la industrialización. En las sociedades no industriales, dice Francis Netter, la necesidad de seguridad, tradicionalmente era satisfecha en el marco de la familia o en el grupo tribal o profesional.

La industrialización, sigue apuntando Netter, con sus efectos sobre las condiciones de vida, las relaciones sociales y las mentalidades, despertó la necesidad de seguridad rompiendo el equilibrio social anterior, dentro del cual esta necesidad se encontraba relativamente satisfecha.

En cada país las modalidades de la protección social se establecieron en función de los factores económicos, demográficos, sociales y políticos que intervinieron en su realización. El desarrollo de las ideas y de los conceptos, hizo que muchas naciones se inspiraran en formas de protección más evolucionadas y no en formas históricas adoptadas en un principio por los países que habían sido los primeros en industrializarse.

Por otro lado, lo realizado anteriormente es considerado en la actualidad como injusto en la medida que se brindaba al individuo una protección incompleta o insuficiente. La evolución del derecho social como resultado de esfuerzos múltiples, constituye una línea de partida hacia nuevos progresos. Se ensayan reformas que tratan de simplificar, unificar y coordinar los mecanismos, las obligaciones y los beneficios, o bien, tratan de ampliar el campo de aplicación y mejorar las prestaciones de seguridad social.

En un principio, la tendencia de la universalidad, que es, por una parte, extender la protección a toda la población (lo que se conoce como generalización de la seguridad social) y por otra, la cobertura más completa posible de todas las eventualidades que puedan alterar el nivel de vida del trabajador y su familia. Posteriormente, la búsqueda de la justicia social y de la eficacia de la misma, dando a cada uno iguales oportunidades en la vida.

De acuerdo a Netter este progreso se expresa mediante un conjunto de tendencias que se encuentran en la evolución de los regímenes de seguridad social en todos los países.

La familia es el primer elemento de la estructura social. Tomar en cuenta a la familia se presenta como un elemento de apreciación del nivel de prestaciones con respecto a las necesidades de los interesados. Se establecen las prestaciones tomando cada vez más en cuenta la situación de la familia y no únicamente la del individuo. El desarrollo de las prestaciones familiares, o sea la especialización de ciertos beneficios en función de la situación de la familia, es lo que constituye la expresión de esta evolución.

Mejorar las prestaciones es una preocupación constante, que tiene por objeto hacer que los trabajadores y su familia disfruten del progreso técnico y económico, pero es necesario admitir que esto muchas veces se aparta de las posibilidades financieras y económicas de las instituciones de seguridad social.

Por otra parte, las estadísticas de los regímenes de seguridad social de la mayoría de los países demuestran que, en todos ellos, el seguro del desempleo es caro y que la evolución de los gastos por enfermedad trae consigo, en todas partes desequilibrios financieros y graves dificultades económicas (En México no existe seguro de desempleo).

A este respecto el analista señala que la necesidad de la atención puede ser mejor satisfecha en cantidad y calidad cuanto más extensos sean los recursos utilizados para tal fin.

Por otro lado, el progreso de la medicina aún no logra suprimir ni las enfermedades ni sus secuelas, de tal suerte que un hombre que ha sido salvado por la medicina, durante mucho tiempo puede seguir necesitando atención médica antes de estar en condiciones de reanudar sus actividades. Resulta paradójico, pero la realidad es así: el progreso de la medicina, de la misma manera que el aumento general del nivel de vida, causa fuertes incrementos en los gastos de la atención médica, es decir la medicina se encarece en función de su propio desarrollo.

Es una realidad insoslayable que en muchos países, si no es que en todos, el desarrollo de las pensiones y de la renta ha hecho que sea necesario adaptar el nivel de prestaciones a la evolución del costo de la vida. Sin embargo las soluciones que se dan a este programa varían mucho según el país; las naciones en donde las economías son estables tienen problemas menos significativos a este respecto, ya que las medidas tomadas para elevar la tasa de prestaciones compensan las variaciones en el costo de la vida y mejoran el valor real de las pensiones.

La extensión de la seguridad social a categorías nuevas (no asalariados) o el mejoramiento de las prestaciones ha traído consigo, en buena parte de los países, del que México no está exento, cierto intervencionismo, en donde con gran frecuencia a los organismos de seguridad social se les imponen funciones de beneficencia pública que, lógicamente, les provoca desequilibrios económicos, carga de servicios y, en varios casos, disminución en el aspecto cualitativo de los mismos.

A este respecto es conveniente señalar que las instituciones de seguridad social están concebidas para atender a determinado sector en base a programas y compromisos de aportación de quienes en ella concurren: patrones, trabajadores y Estado, todo ello debidamente estructurado por la ley.

Ahora bien, los regímenes de protección se diferencian según la forma en que se proponen lograr la garantía de un mínimo necesario para la existencia, entregar prestaciones uniformes o prever prestaciones preestablecidas en función del nivel de aportaciones de los asegurados, así como de las instituciones donde laboran.

Se advierte que la garantía de un mínimo necesario para la existencia puede vincularse con la noción de una equidad media, o bien con la de un límite de esfuerzo colectivo, mientras que la noción de garantía de un ingreso suficiente puede asociarse a la de una equidad individual. Por otra parte las nociones de nivel conveniente de protección del ingreso mínimo necesario a la existencia, o de un ingreso suficiente, son nociones relativas que dependen de la situación económica de los países y que varían en forma progresiva con el tiempo.

Se agrega que los diversos sistemas pueden enfrentarse a dos opciones fundamentales. En la primera a la que se denomina liberal, corresponde a cada uno satisfacer sus necesidades de acuerdo al procedimiento que elija; el derecho a un beneficio o prestación es la contrapartida de una obligación. Sin embargo la colectividad impone a todos los individuos obligaciones limitadas para permitir a cada uno satisfacer sus necesidades esenciales en la medida que es incapaz de llegar a ello mediante sus propios recursos. La solidaridad permite repartir en forma más conveniente las cargas entre los individuos tomando en cuenta su capacidad contributiva.

En la segunda opción que se denomina “servicio social”, la colectividad debe proporcionar a cada uno, los medios para satisfacer sus necesidades, tomando en cuenta los recursos técnicos y económicos disponibles.

El derecho a una prestación expresa la garantía de cada individuo en el sentido de que podrá satisfacer la necesidad a que corresponde esta prestación. Las obligaciones impuestas a individuos y empresas tienen como fin, por una parte, proporcionar a la colectividad los medios necesarios al servicio de las prestaciones y, por otra parte, mantener entre las necesidades que se ha pensado satisfacer, la jerarquía o prioridad necesaria para tomar en cuenta el límite de las posibilidades técnicas y económicas.

Ejemplos de lo anterior serían los siguientes:

En cuanto a vejez, en la primera opción o sea la liberal, la pensión se considera como contrapartida de las cuotas pagadas, mientras que en el “servicio social” es considerado como la expresión del derecho a descanso a partir de cierta edad y debe retribuirse al margen de todo sistema de cotizaciones.

En caso de enfermedad, la necesidad de atención médica puede ser satisfecha individualmente; contentándose la colectividad con mejorar la solvencia del enfermo gracias a un sistema de seguro. Por otra parte u opción, se sostiene que cada individuo tiene derecho a la salud y que la colectividad debe proporcionarle los medios para obtener la atención que necesita.

Entre estas opciones extremas hay soluciones intermedias en las que se inspiran o basan diversos regímenes de seguridad social y que combinan los diversos conceptos de las contingencias que deben cubrirse y las diversas modalidades que puede presentar la protección social.

La seguridad social como una de las resultantes de la trilogía patrimonial común: bienestar, libertad e igualdad, es una cuestión de permanentes retos que se deben asumir con ética social, con responsabilidad institucional y personal, con solidaridad e interés real por el bien que es común a todos.

Es innegable que la seguridad social ha tenido avances, pues de un periodo en el que el individuo se encontraba solo ante las dificultades que le planteaba la existencia, se ha pasado a una organización colectiva en que los lazos de solidaridad entre los individuos son cada vez más recios.

De la libertad aparente, en que el trabajador no estaba protegido porque no contaba con recursos, se ha pasado cada vez más a una libertad real, en la que los trabajadores y su familia están protegidos contra la incertidumbre y tienen la garantía de no llegar a situaciones apremiantes que podrían ser resultado de una disminución de su capacidad física o intelectual.

La seguridad social no es con nada una utopía histórica como pretende el neoliberalismo recalcitrante, pues con ser una aspiración social, un bien común y de interés público lleva implícita su viabilidad, su desarrollo, su perfeccionamiento y su universalidad.

Ciertamente los sistemas de seguridad social presentan múltiples problemas que en ocasiones ponen en riesgo su vigencia, la mayoría de ellos tienen su origen en la inestabilidad financiera y en actitudes burocráticas, que inciden en desarticulación institucional y, muchas veces, en el estancamiento de los modelos de servicios, entre ellos el de salud.

Tal vez esto pudiera sonar paradójico, pero la seguridad social siendo una cuestión de interés público, requiere, para su vigencia y desarrollo, *de un seguro de vida de la seguridad social*, cuya póliza deben cubrir todos los involucrados en ella: patronos, derechohabientes y Estado.

Un seguro que implique el compromiso de adaptar la seguridad social a las realidades nacionales y regionales, de adaptarla a las circunstancias que crean los problemas sociales. La seguridad social, es una institución más que del derecho, más que de la política, más que de los sistemas gubernamentales, más que de los modelos económicos, es una institución de la *voluntad colectiva* y, por lo mismo, es un esfuerzo de creación continua, por el que se mejoran las condiciones de vida y de trabajo, de ahí que su accionar debe ser, en todo momento, tomando en cuenta necesidades y problemas reales con base en una constante actualización de los datos demográficos, de las variantes económicas, así como la adopción de los avances técnicos.

Un seguro para la seguridad social implica la permanente evaluación del “costo-beneficio”, pues si bien es cierto que el efecto multiplicador de las aportaciones estriba en su carácter solidario, también lo es que la creciente demanda de servicios y el costo de los mismos requiere la actualización cuantitativa de tales aportaciones.

Un seguro para la seguridad social implica la generación de una auténtica cultura del bienestar que ésta representa, a fin de que el uso de sus servicios sea de manera oportuna y racional.

El seguro para la seguridad social debe concentrarse también en la estructuración de programas permanentes de salud comunitaria, los cuales requieren de la participación responsable y social de toda la población orientándolos fundamentalmente al fomento de la salud y menos a la medicación; esto es generar una real cultura de la salud más que de la enfermedad.

El doctor Gonzalo Gutiérrez Trujillo dijo algo que invita a la reflexión en relación a la medicina preventiva. Alertó que en el éxito del programa de vacunación universal y de la medicina preventiva está el germen de su propia destrucción. El éxito de estos pro-

gramas pudiera hacer pensar a ciertos administradores tecnócratas que ya no se requiere canalizar recursos a los mismos y que por no presentarse algunas enfermedades infectocontagiosas en años recientes, las campañas de vacunación serían ociosas, así como otros programas de medicina preventiva. No hay que perder de vista, dijo el doctor Gutiérrez Trujillo, que si bien las vacunas generan inmunidad a ciertos males, también se dan casos de que hagan surgir otras enfermedades infectocontagiosas.

No hay que bajar la guardia en este aspecto, recomendó, pues si bien enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la viruela o tifoidea, entre otras, están erradicadas, podría darse el caso de un resurgimiento de las mismas, de manera tal que los médicos jóvenes y la medicina contemporánea no tendrían la habilidad ni la capacidad para hacerles frente.

A este respecto el doctor Roberto Tapia Conyer, Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades de la SSA, abundó sobre la importancia de mantener los programas de medicina preventiva, asegurando que si en tiempos de intensos cambios como los que vivimos, aparecieran brotes de enfermedades se tendrían con toda certeza, grandes consecuencias políticas, sociales y económicas, de ahí la importancia de la permanencia y diversificación de los programas de medicina preventiva, que no sólo inciden en beneficio de la salud, sino también en la seguridad social integral.

Asegurar la seguridad social implica también desterrar la idea retórica de que ésta es una obligación exclusiva del Estado, como si se tratara de un deber de Dios. Tampoco hay que confundir seguridad social con beneficiencia pública, la seguridad social es corresponsabilidad de todos, que exige equidad participativa, ya que por principio y estructura es enteramente democrática.

En estos tiempos de globalización y de macroeconomía, la seguridad social debiera resultar beneficiada, pero todo parece indicar que se están produciendo efectos en contrario, principalmente en las sociedades en proceso de desarrollo, habida cuenta de que los éxitos de ambas, globalización o macroeconomía, aún no se comparten significativamente en el grueso de la población, es más, tales sistemas de producción y desarrollo han propiciado desequilibrios de recursos en las instituciones sociales, ya sea por el impacto a sus economías en desarrollo o por la generación de índices de inflación; ya sea por cierta contracción de fuentes de empleo o por el encarecimiento de insumos y equipos.

Los organismos de carácter internacional en materia de seguridad social, debieran explorar la viabilidad de proponer ciertas medidas o mecanismos de protección de los recursos patrimoniales de nuestros sistemas de seguridad social, bien mediante fondos específicos para enfrentar contingencias o posiblemente hasta la creación de un Banco Mundial de la Seguridad Social con fondos de las instituciones y de los estados, que permitan a aquellas naciones de economías laceradas por las contingencias no retrasar o cancelar la prestación de servicios, como tampoco detener su desarrollo y proceso de universalización.

En la medida en que nuestros sistemas de seguridad social se desenvuelvan en parámetros reales de economía u finanzas, ejerciendo a la vez un efectivo control de costos y de

gastos, pero también y, primordialmente, sirviendo a los derechohabientes y a las instituciones con humanismo y eficiencia, estaremos actuando, en todo momento, en defensa de la seguridad social como resultante de esos tres valores de patrimonio común que son: el bienestar, la libertad y la igualdad.

CAPITULO **3**

**FACTORES ECONOMICOS INTERNOS.
CONDICIONANTES ECONOMICAS Y
ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCION
A LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES**

PROBLEMATICA FINANCIERA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Lic. Ana María Díaz Sámano

ANTECEDENTES

En México no se cuenta con un sistema único de seguridad social, esta se encuentra pulverizada en distintos organismos, siempre con base en el empleo formal y de acuerdo al tipo de empleador. De esta forma existe el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para los empleados formales de la iniciativa privada; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los empleados del gobierno federal; existe un organismo para las fuerzas armadas, y los institutos propios de cada gobierno estatal, que atienden a empleados del mismo, así como municipios y organismos descentralizados, entre los que se encuentra el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM).

Cada uno de ellos se basa en leyes diferentes y las cuotas de aportación son diversas. Solo por mencionar algunas, diremos que el IMSS, recibe una aportación conjunta (asalariado, empleador y gobierno) del 32.87 % sobre el salario, el ISSSTE del 28 %, el ISSEMYM del 17 %. Como se puede ver existe un diferencial con respecto a los institutos del país, así como países latinoamericanos. En Argentina su instituto encargado de la seguridad social recibe en conjunto el 52.2 % del salario, Brasil el 31 % y Chile el 25 %.

PROBLEMATICA

La crisis del modelo económico y del tipo de estado, que afectó a los países latinoamericanos durante los años ochenta, generó primero políticas de ajuste y estabilización y luego una reestructuración profunda de las economías, las sociedades y el estado.

Las políticas de ajuste y de estabilización supusieron recortes en el gasto estatal y recesión económica y ambos fenómenos afectaron al gasto social en general, y a la seguridad social en particular. Salarios reales a la baja, crecimiento de la desocupación, menor capacidad de generar empleo y altas tasas inflacionarias, alteraron a la seguridad social, que se sustenta sobre cuotas.

Existe una concepción equivocada del concepto equidad, y de justicia social, de este tipo de instituciones, ya que desde el momento en que nacen se les concibe como entidades que deben brindar u ofrecer seguridad social, con una filosofía altruista o política, que económicamente, solo sería soportable con gobiernos con grandes superávits

financieros, cosa muy alejada de la realidad. Lo anterior, ha creado una cultura de exigencia de derecho, abortando totalmente el pensamiento racionalista de los derechohabientes para aceptar que las cuotas y aportaciones siempre fueron insuficientes para solventar la oferta de servicios y prestaciones que el marco jurídico establece. Ya que este, no promueve el pago de cuotas y aportaciones con la misma dinámica de la economía de modo que garantizara la permanencia y calidad del servicio.

Es importante mencionar que México, actualmente se encuentra en proceso de integrar las cuentas individuales de los asegurados, para trasladar los fondos a intermediarios financieros, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS).

El objetivo de todos los regímenes de financiamiento es equilibrar los ingresos con los egresos del sistema, pero en periodos diferentes que van desde un año hasta el infinito. Requiriendo mayores reservas según más largo sea el periodo de equilibrio. La teoría actuarial reconoce 3 regímenes principales de financiamiento: capitalización completa (prima media uniforme), capitalización parcial (prima media escalonada), y reparto (de capitales de cobertura o simple).

Algunos institutos de seguridad social, como el ISSSTE e ISSEMYM proyectan el pago de sus pensiones con base en la creación y mantenimiento de reservas actuariales, bajo el esquema de capitalización parcial, en el cual el equilibrio entre la reserva actuarial y los compromisos generados con los trabajadores por jubilarse, se mantiene por periodos relativamente cortos, por lo que el modelo establece que en caso de que el número de trabajadores aportantes presente una tasa de crecimiento menor que la tasa de pensionados deberá de aumentar la prima en periodos sucesivos. Este método tiene la ventaja de necesitar reservas menores y, por tanto, reducir la presión de invertir en reservas muy grandes de manera eficiente, pero el método difiere los costos, con lo que se produce una redistribución entre las generaciones y es condición esencial del mismo que se hagan balances actuariales frecuentes y que de acuerdo con los mismos se ajuste la prima para cada periodo. Es obvio decir que este sistema entra en crisis cuando el número de trabajadores pensionados crece más rápido que el número de trabajadores aportantes, y no se ajusta la prima tal y como lo indica el modelo.

De lo anterior, se deriva un problema que es el temor a llevar en primera instancia ante las autoridades internas, en forma sencilla y clara la necesidad de modificar los esquemas de cotización y de servicios que se brindan, estableciendo mecanismos más dinámicos que permitan a sus órganos de gobierno adecuar las bases de cálculo de acuerdo a las necesidades, todo esto derivado del ciclo económico de nuestro país que es sexenal. Lo anterior ha llevado a situaciones muy delicadas hoy en día, por la insuficiencia en las cuotas aportadas.

Otra cuestión que en México no ha sido totalmente evaluada, es el problema de evasión (no registro en el sistema de seguridad) y mora (atraso en el pago). La evasión en nuestro Instituto seguramente no se da respecto a los trabajadores, pero sí en cuanto al salario integral devengado. En cuanto a la mora, este es un problema grave que si se cuantificará en términos reales seguramente se acercaría a un costo anual del 30%.

Un tercer punto, de orden técnico, es el de la eficiencia en la inversión de las reservas. En general la inversión de las reservas no ha sido eficiente, ya que los organismos de seguridad social no están planeados para actuar como intermediarios financieros. Su personal no tiene experiencia en mercados financieros y no han desarrollado un plan de inversiones a mediano y largo plazo. Además hay un deficiente desarrollo del mercado de capitales. Como consecuencia, la inflación ha desvalorizado las reservas.

Las reservas han sido invertidas generalmente en:

- a) Valores gubernamentales, que en la practica se convierten en prestamos forzosos, para cubrir déficits presupuestales.
- b) Prestamos de todo tipo a los derecho-habientes que ayudados por la inflación y la falta de los ajustes correspondientes, hacen que únicamente se recupere el capital, otorgando el financiamiento prácticamente gratis, descapitalizando los fondos.
- c) Subsidios a programas del servicio médico para cubrir su déficits, plausibles desde el punto de vista social, pero no rentables.
- d) Desviación de fondos de pensiones en la construcción de edificios administrativos, guarderías y viviendas, para los propios asegurados, con rendimiento nulo, ya que, estos serán imposibles de vender por lo que nos atreveríamos a decir que deberá cobrarse una cuota mensual como renta a los fondos de administración y prestaciones y así formar parte de la reserva técnica.
- e) Inversión en comercios y servicios (cines, teatros, deportes, vacaciones, excursiones) también con rentabilidad baja o negativa.
- f) La inversión a plazo fijo en depósitos bancarios, que es probablemente la mas rentable, ya que la inversión en acciones es prácticamente nula, y ni pensar en invertir en mercados internacionales.

PROPUESTA

Por lo anterior, considero que respecto a las inversiones más rentables estas podrían mejorarse si se actuara bajo un esquema mas cercano al de "intermediario financiero". Toda vez que actualmente los depósitos bancarios representan un ingreso porcentual muy similar a la inflación, y estos mismos fondos son empleados para colocarlos en créditos con diferencial de cuando menos 10 puntos entre la tasa pasiva que pagan y la activa que cobran. Ingresar a un esquema más financiero nos permitiría alcanzar cuando menos otros 5 puntos, estos sin la necesidad de tener la responsabilidad y riesgo que conlleva el otorgamiento del crédito.

Lo anterior podría lograrse mediante convenios con la banca de segundo piso, la cual recibe fondos federales para otorgar créditos que colocan a través de la banca de primer piso, cobrando en ocasiones tasa líder + (de 3 a 8), ya que la banca cobrará al acreedor en tasa líder + (de 8 a 12), asumiendo el riesgo y los costos administrativos de la colocación y recuperación.

La composición de la cartera es decisiva: se debe minimizar la concentración muy alta en instrumentos de rentabilidad negativa (como podrían ser valores gubernamentales), incrementar la inversión en valores a largo plazo (acciones empresariales), así como disminuir los fondos en efectivo, circulante y activos fijos.

Describir lo anterior es muy simple, sin embargo implantarlo puede resultar sumamente complejo, toda vez que como se menciona anteriormente, el personal de las instituciones de seguridad social, no cuenta con el perfil necesario para implementar un portafolio basado en la teoría financiera moderna.

Implantar métodos de análisis razonablemente eficientes no es imposible, ya que podría lograrse a través de asesorías verdaderamente profesionales y capacitación intensiva al personal relacionado. Asimismo, sería probablemente la inversión directa en proyectos de inversión altamente rentable, tales como los muy controvertidos casinos o algunos otros que garanticen una ganancia económica importante.

Sin embargo, una dirección financiera no podría lograr el objetivo de efficientar los recursos sin la participación de otros actores, los cuales podrían ayudar a disminuir en mucho los costos.

En materia administrativa se necesita una disminución de todos los recursos destinados a esta área, así como una capacitación permanente que logre involucrar a todos los trabajadores en los objetivos institucionales.

Además, se requiere que en materia de servicios médicos, se concientice a la población que el Instituto solo es parcialmente responsable de la salud. Es decir, se debería inclusive legislar, que una persona que no cuida su salud (bebedores, obesos, fumadores, etc.) no tiene el mismo derecho que una persona que hace ejercicio, cuida su alimentación, y no cae en excesos de alcohol y tabaquismo, entre otros.

Asimismo, en relación a las pensiones se debe aumentar la edad de retiro, ajustándola a la esperanza de vida y vincular mas estrechamente la pensión a los ingresos de toda la vida del asegurado y no solamente del ultimo salario.

Cómo síntesis de lo expuesto, y tratándose en particular del ISSEMYM se recomienda:

- a) Promover la actualización del monto de las aportaciones modificando los términos jurídicos de acuerdo a los factores económicos y de vida probable del país, así mismo haciéndolas mas homogéneas, primero con las del país y en segundo lugar con las de latinoamérica.
- b) Implementar sistemas automatizados de revisión para evitar la evasión, y realizar las gestiones necesarias para que en los casos de mora, el gobierno pague indexado a la inflación mas cinco puntos (+5) cuando menos.
- c) Efficientar y diversificar la inversión de las reservas a través de un análisis financiero mas complejo y conforme a nuestros tiempos.
- d) Considerar como una palanca importante de financiamiento el recurso humano y los costos directos e indirectos que este genera por falta de estudios sobre cargas de trabajo, es decir buscar una mayor eficiencia y calidad en los servicios.

- e) Modificar la legislación para no absorber los costos médicos imputables a una actitud negativa hacia la salud por una vida desordenada en los derechohabientes.
- f) Reducir al máximo las prestaciones socioeconómicas, o bien, que estas operen con márgenes de utilidad, ya que éstas se brindan a un pequeño sector de los derechohabientes.
- g) Adecuar las pensiones para incrementar el periodo de aportación de acuerdo al estándar de vida probable, consecuentemente el periodo de pago de las pensiones será más equitativo.

ESTRATEGIAS GENERALES DE VIABILIDAD FINANCIERA

C.P. Luis Vázquez Pozas

Los problemas financieros que actualmente aquejan a las instituciones de seguridad social, en especial a la prestación del servicio médico, constituyen la principal preocupación de los órganos de gobierno.

El funcionamiento de las instituciones de seguridad social se ha visualizado permanentemente hacia el exterior, es decir, adecuando el marco jurídico a las necesidades financieras inmediatas, de ahí que normalmente se acudió a las fuentes de ingreso tradicionales. Como resultado, se han hecho modificaciones superficiales al marco jurídico y no se han incorporado resoluciones de fondo. Es decir, no se han visualizado en forma integral y objetiva, los problemas financieros y operacionales de las instituciones.

Las cuotas y aportaciones de los afiliados y patrones que se señalan en las leyes, se mantienen estáticas, no así las demandas económicas de los prestadores de servicios. A ello se agrega el fenómeno inflacionario que ocasiona pérdida del poder adquisitivo de la moneda, problema importante si se toma en cuenta que los insumos y la infraestructura de la atención médica se cotizan en dólares y que la sofisticación y el avance tecnológico, a diferencia de otras áreas como la electrónica, donde ha contribuido a la reducción de costos, en la atención a la salud por el contrario, la ha encarecido.

En el caso específico de México se agrega otro factor que es el crecimiento de la demanda de servicios para los más de noventa millones de habitantes. Este es el gran reto para el Estado: diseñar los planes y estrategias financieras, administrativas y operativas que garanticen en forma permanente a las futuras generaciones, la prestación de los servicios de salud. A la luz de estas consideraciones se proponen como estrategias generales las siguientes:

- El financiamiento de las instituciones debe ser generado desde su interior.
- Se debe considerar al ser humano como el principal activo de las instituciones y factor determinante en los costos y gastos de los servicios. Por tanto debe ser incorporado como un verdadero promotor del fortalecimiento de las instituciones.
- Las palancas de financiamiento que los recursos humanos de las instituciones podrán generar, se verán cristalizadas si los niveles directivos definen estrategias de calidad, eficiencia y productividad, los niveles medios promueven la gestión operativa y administrativa de calidad, y el personal operativo realiza ésta con eficiencia.
- Se deberá mantener un combate permanente a la negligencia, la apatía, el descuido, el desinterés, el peculado, el soborno y el cohecho.

- El camino para lograr lo anterior es la capacitación, la cual se deberá dar en forma integral, es decir, desde el punto de vista, técnico, humanístico y cívico.
- El individuo motivado para alcanzar los objetivos propios de las instituciones, con seguridad realizará sus funciones en forma eficiente y oportuna, evitando los cuellos de botella que no solamente incrementan los costos directos e indirectos de las instituciones, sino que afectan en forma sustantiva la economía familiar de los derechohabientes.
- Otro de los elementos que deberá ser considerado para fortalecer las finanzas de las instituciones de seguridad social, es el uso eficiente de sus instalaciones y la implantación de sistemas permanentes que permitan evaluar la productividad de las unidades en las que se prestan los diferentes servicios médicos y administrativos a los derechohabientes.

Por ejemplo, una planeación inadecuada en la construcción de infraestructura médica, que no considere las demandas de necesidades específicas de los derechohabientes, significará desvío de recursos financieros que con el tiempo representarán una reducción en las finanzas de las instituciones, ya que los gastos y costos se darán, independientemente de la productividad de la unidad que se instaló originalmente.

- El avance tecnológico, en informática y en los medios de comunicación, si son incorporados a los procedimientos y necesidades de las instituciones de seguridad social, para el control de inventarios, debe facilitar el trabajar con el concepto de cero inventarios, o muy cercano a éste. Lo anterior significará contar con fondos financieros durante un mayor tiempo, con lo que se incrementarán los productos financieros de las instituciones.
- Una de las estrategias más importantes será la referente al marco jurídico, en el cual se necesita incorporar una mayor participación de los socios, que se sumen más activamente, con mayor equidad económica en el sostenimiento de estas instituciones, para lo cual será necesario, que se definan obligaciones económicas de los patrones y trabajadores en general, y que éstas se vayan actualizando de acuerdo a las demandas de servicios que los derechohabientes o afiliados presenten.
- Los impactos económicos nacionales e internacionales que inciden directamente en los costos y gastos de la prestación del servicio médico, deben ser absorbidos por las generaciones actuales, ya que estos son generados por el cuidado de su salud. Asimismo, es importante que se promueva en forma permanente una cultura de salud, lo que redundará en una mejor calidad de vida, lo que se reflejará en forma sustantiva en las finanzas de las instituciones.

Existen indudablemente más caminos que deberán evaluarse oportunamente, como son, entre otros, la diversificación de las fuentes de financiamiento.

ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Lic. Delfino Garibay Ochoa

El señor Presidente de la República Doctor Ernesto Zedillo, ordenó en el año de 1995 al Director General del IMSS, Lic. Genaro Borrego Estrada, realizar un estudio amplio, profundo y objetivo sobre la situación que guardaba el Seguro Social, así como la identificación de las medidas que se requerían para que la institución afrontara los nuevos retos.

Para cumplir este compromiso, el Presidente Zedillo, solicitó la participación y corresponsabilidad de los trabajadores y empresarios y recomendó la observación de 5 principios básicos: el sistema de seguridad social no se privatizará; no debe haber más cargas a los trabajadores y a las empresas en cuanto a sus aportaciones al IMSS; se deben experimentar mecanismos para conciliar las finanzas sanas del instituto con la viabilidad de los ramos de aseguramiento; se debe procurar la ampliación de la cobertura del instituto y estimular su papel como promotor del empleo y la productividad; y que el proyecto hacia la nueva era del IMSS, debería contar con el consenso de la clase trabajadora del país.

En cumplimiento de las instrucciones antes señaladas, la Dirección General del IMSS, con la participación de los diferentes sectores de la población y de personal altamente calificado elaboró un diagnóstico muy amplio, mismo que sirvió de base para la promulgación de una nueva ley, que entró en vigor a partir del 1º de julio de 1997.

Del diagnóstico a que se viene haciendo referencia, se desprende que el pueblo de México pudo conformar el instrumento de carácter social más importante del país, que por más de 50 años respondió a las necesidades de la población, ya que a la fecha se atienden a más de 37 millones de mexicanos; se han construido más de 1, 700 unidades médicas, se cubren más de un millón 500 mil pensiones mensuales, se atiende diariamente a 61 mil niños en guarderías; se otorgan más de 400 mil consultas diarias; se realizan diariamente 2 mil 500 estudios de radiodiagnóstico, casi 4 mil intervenciones quirúrgicas y uno de cada tres mexicanos nace en el Instituto.

No obstante los logros alcanzados, las circunstancias por las que atraviesa nuestro país no son las mismas que hace cinco décadas. México está viviendo una transición demográfica (la esperanza de vida aumenta, la tasa de natalidad disminuye y la edad promedio de la población también aumenta), lo que sumado a los impactos derivados de la transición epidemiológica, (que significa que las enfermedades infecciosas disminuyen y aumentan las crónico-degenerativas) y del originado por el incremento del tiem-

po cubierto por la pensión de 7 a 18.6 años en promedio, constituyen, no obstante ser producto del esfuerzo y la extraordinaria labor del sistema nacional de salud, elementos que inciden seriamente sobre la demanda de servicios, y sobre el financiamiento de la seguridad social.

Aparte de estos aspectos de carácter interno, nuestra industria se encuentra inmersa en un amplio proceso de competencia internacional, por lo que la apertura y globalización de los mercados, que a su vez inciden en los sistemas de seguridad social, razón por la cual estos están sujetos a revisión en todo el mundo, adaptándolos a sus propias circunstancias y necesidades.

Las condiciones anteriores, afectaron a los diferentes ramos de aseguramiento que integraron el régimen obligatorio del seguro social, pero sobre todo el de enfermedades y maternidad y de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM) que existieron hasta junio de 1997.

Por lo que se refiere al seguro de enfermedades y maternidad, al haber nacido prácticamente desfinanciado, fue necesario tomar recursos del seguro de IVCM, que durante muchos años no tuvo problemas financieros, los que aparecieron hasta finales de la década de los setentas y se empezaron a agravar en los ochentas con los cambios demográficos y el incremento de la expectativa de vida de los mexicanos.

Este comportamiento además elevó los costos del sistema médico por el tipo de padecimientos propios de los grupos de la tercera edad, condición que aunada al incremento en el uso de los diferentes servicios por la crisis que vivió el país, contribuyó en la afectación de este ramo de seguro.

Se ha considerado también, que otro de los elementos que participaron para agravar la crisis financiera del ramo de seguro que nos ocupa, fue la falta de ampliación de la cobertura de cotizantes, toda vez que sólo los integrantes de la economía formal han tenido acceso a los beneficios del seguro social, quedando al margen los grandes grupos de no asalariados y de la economía informal, circunstancia opuesta al concepto de la universalidad.

Lo anterior se dio básicamente por una parte por estar las bases de cotización vinculadas a la nómina, ocasionando esto subdeclaraciones, evasiones y desestímulo para el crecimiento del empleo y los salarios y por la otra por la poca flexibilidad para incorporar a los grandes grupos de trabajadores no asalariados, tanto del ámbito del campo como del medio urbano.

Por lo que se refiere a los impactos financieros del seguro de IVCM, en un principio parte de sus activos se encausaron para apoyar el seguro de enfermedades y maternidad, básicamente para la construcción de la infraestructura médica, iniciándose su desequilibrio financiero con el crecimiento de la expectativa de vida de la población, el incremento de la tasa anual de los pensionados y el aumento de los años de otorgamiento de la pensión de 7 a 18.6 años en promedio, entre otros fenómenos. Todo esto de tal magnitud, que si no se hubieran tomado las medidas apropiadas, con la expedición de la nueva Ley del Seguro Social, en los próximos años se convertiría en negatoria la posibilidad de otorgar pensiones a los trabajadores.

Contribuyó a construir el escenario adverso anterior, la decisión de incluir, sin el respaldo financiero correspondiente, como pensionados a los ascendientes; la reducción de las semanas de cotización para recibir la pensión de invalidez de 200 a 150 semanas cotizadas y la cesantía y vejez de 700 a 500 semanas; la decisión de establecer las ayudas y asignaciones familiares, y un aguinaldo anual a los pensionados y la necesidad social de incrementar los montos de las pensiones de un 35% del salario mínimo del Distrito Federal al 100% además de incrementar el monto de la pensión de viudez de un 20 al 90% del salario mínimo del Distrito Federal.

El sistema de pensiones consignado en la ley anterior, generaba además inequidades e injusticias, ya que básicamente protegía a trabajadores de la economía formal, los trabajadores que no conservaban el empleo perdían sus derechos adquiridos, sobre todo las mujeres y los trabajadores de bajos ingresos, el incremento a los montos de las pensiones estaba vinculado a los aumentos registrados en los salarios mínimos, circunstancia que con base en el proceso inflacionario siempre era desfavorable para el trabajador, además de que en los últimos años de crisis un trabajador activo tenía un ingreso similar al pensionado, circunstancia que también en cierta forma desestimulaba el empleo y la productividad.

Todo lo anterior tuvo su razón de ser y su justificación en su momento y conforme a las circunstancias existentes, sin embargo las limitaciones tan evidentes en nuestro sistema básico de seguridad social, hicieron inaplazable que se tomaran las medidas necesarias para preservar este importante instrumento de solidaridad. Razón por la cual y con verdadero sentido de responsabilidad se crea la nueva ley del Seguro Social que entró en vigor en julio de 1997 y que constituye una de las decisiones más importantes y trascendentes que en materia de política social han tomado el ejecutivo federal y el poder legislativo, ya que con esta ejemplar decisión se rescata al Instituto Mexicano del Seguro Social de la crisis financiera y garantiza su permanencia para el bien de todo el pueblo de México.

Por limitaciones de espacio, sólo se analizará la conformación de los ramos de seguro de la nueva Ley y las bases de cotización de los seguros de enfermedades y maternidad, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como en forma breve el capítulo de incorporaciones voluntarias consignadas en el nuevo ordenamiento legal.

| | |
|--|---|
| ESQUEMA DE PROTECCION NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL PRESTACIONES EN ESPECIE Y EN DINERO | |
| I | RIESGOS DE TRABAJO, |
| II | ENFERMEDADES Y MATERNIDAD, |
| III | INVALIDEZ Y VIDA, |
| IV | RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ Y |
| V | GUARDERIAS Y PRESTACIONES SOCIALES |

Las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad se financian de la siguiente forma:

| SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD | |
|--|--|
| ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ES ESPECIE: | |
| CUOTA FIJA | <ul style="list-style-type: none"> • Base de Cotización: un salario mínimo del Distrito Federal. • Prima de Financiamiento: <ul style="list-style-type: none"> 13.9% El Patrón 13.9% El Gobierno Federal |
| SALARIO SUPERIOR A 3 VECES EL SALARIO MINIMO DEL DISTRITO FEDERAL | |
| CUOTA VARIABLE (ADICIONAL A LA CUOTA FIJA) | <ul style="list-style-type: none"> • Base de Cotización: Diferencia entre el salario real y 3 veces el salario mínimo del Distrito Federal. • Prima de Financiamiento: <ul style="list-style-type: none"> 6% El Patrón 2% El Trabajador |

- I. Por cada asegurado se paga mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al 13.9% de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal;
- II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal, se cubrirá además de la cuota antes señalada una cuota adicional patronal equivalente al 6% y otra adicional obrera del 2%, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y
- III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente al 13.9% de un salario mínimo general para el Distrito Federal, a la fecha de la entrada en vigor de la Ley del Seguro Social. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo al índice nacional de precios al consumidor.

Como se advierte, las prestaciones en dinero del seguro motivo de análisis, se financian con una cuota del 1% sobre el salario base de cotización, que se aportará en la forma siguiente:

| SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD | |
|---|--|
| ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES EN DINERO: | |
| | · Base de Cotización: salario real integrado. |
| CUOTA | · Prima de Financiamiento: 1% |
| | · Contribución: 70% 25% Trabajador 5% Gobierno Federal |

Patrones 70% de dicha cuota, trabajadores el 25% y, Gobierno Federal el 5% restante.

Respecto al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones y el Gobierno Federal están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero patronales y la aportación especial del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Dichas cuotas se recibirán y depositarán en las respectivas cuentas individuales de cada trabajador en los términos previstos en la ley para el sistema de ahorro para el retiro.

| SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ | | | |
|--|----------|--------------|--------------|
| ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Base de Cotización: salario real integrado. • Prima de Financiamiento: 6.5% | | | |
| DISTRIBUCION: | | PRIMAS (%) | |
| APORTANTE | RETIRO | C. y V. | TOTAL |
| Patrón | 2 | 3.150 | 5.150 |
| Trabajador | — | 1.125 | 1.125 |
| Gobierno Federal* | — | 0.225 | 0.225 |
| TOTAL | 2 | 4.500 | 6.500 |

* Adicionalmente el Gobierno Federal aporta una cuota social diaria equivalente al 5.5% del salario mínimo del Distrito Federal por cada trabajador.

Así pues las cuotas y aportaciones son las siguientes:

1. En el ramo de retiro, a los patrones les corresponde cubrir el importe equivalente a 2% del salario base de cotización del trabajador.
2. En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez a los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir las cuotas del 3.150% y 1.125% sobre el salario base de cotización respectivamente.
3. En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez la contribución del Estado será igual al 7.143% del total de las cuotas patronales de estos ramos.
4. Además, el Gobierno Federal aportará mensualmente por concepto de cuota social, una cantidad inicial equivalente a 5.5% del salario mínimo general para el Distrito Federal, por cada día de salario cotizado, la que se depositará en la cuenta individual de cada trabajador asegurado. Esta aportación se actualizará trimestralmente de conformidad con el índice nacional de precios al consumidor.

La conformación del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y el establecimiento de esquemas de aseguramiento para la población no asalariada y prácticamente para todas las familias de México, seguramente constituyen dos de los cambios sustantivos considerados en la nueva Ley, razón por la cual también es conveniente dar a conocer algunos aspectos relevantes del renglón de incorporaciones voluntarias al régimen obligatorio del Seguro Social.

| INCORPORACIONES VOLUNTARIAS |
|--|
| • Incorporación voluntaria al régimen obligatorio. |
| • Seguro de salud para la familia. |

| INCORPORACION VOLUNTARIA AL REGIMEN OBLIGATORIO | | | | |
|--|--|---------------------------|------------|--------|
| MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO | ESQUEMA DE PROTECCION | ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO | | |
| | | PATRON | ASEGURADOS | ESTADO |
| TRABAJADORES INDEPENDIENTES | • Seguro de enfermedades y maternidad (Prestaciones en especie). | | 13.9% | 13.9% |
| | • Seguro de invalidez y vida. | | | |
| | • Seguro de retiro y vejez. | | 12.375% | 0.125% |
| | • Cuota adicional para pensionados. | | 6.275% | 0.75% |
| | • Cuota social. | | 1.425% | 5.50% |
| CUOTA ANUAL \$2,332.00 | | | | |

| SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA | | | | | | | | | |
|--|------------------|-------|--|-----------|------------------|-------|-------|-------|-------|
| ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Base de Cotización: Fija en un salario mínimo del Distrito Federal. | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Primas de Financiamiento: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Asegurado</td> <td style="text-align: center;">Gobierno Federal</td> <td style="text-align: center;">Total</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">22.4%</td> <td style="text-align: center;">13.9%</td> <td style="text-align: center;">36.3%</td> </tr> </table> | | | | Asegurado | Gobierno Federal | Total | 22.4% | 13.9% | 36.3% |
| Asegurado | Gobierno Federal | Total | | | | | | | |
| 22.4% | 13.9% | 36.3% | | | | | | | |
| CUOTA ANUAL \$2,162.55 | | | | | | | | | |

La incorporación voluntaria, al régimen obligatorio o a través del seguro de salud para la familia nació de la necesidad de aumentar la cobertura del seguro social al número de población de no asalariados y de la economía informal sin afectar las bases financieras de las ramas del seguro que cubren.

Estos tipos de incorporación al seguro social brindarán sin duda los beneficios de la seguridad social a un costo muy bajo a grupos de personas que difícilmente alcanzarán esta cobertura en condiciones de la ley anterior.

PAPEL DEL SECTOR PRIVADO

Dr. Genaro Vega Vega

CONFIGURACION TRADICIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Los últimos veinte años han sido testigos de cambios en la configuración de los servicios de salud en algunos de los países de la región. Si bien todos los países introdujeron modificaciones, en algunos de ellos los mismos fueron sustanciales. Cuba y Nicaragua socializaron la totalidad de los servicios con la intención de eliminar la compartimentación por clases sociales. Costa Rica intentó un efecto similar mediante la distribución de funciones entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social, agrupando bajo el control de éste toda la estructura de atención médica y hospitalaria. Chile reformó su sistema de seguridad social introduciendo empresas privadas en el manejo de los fondos financieros de la misma así como en la prestación propiamente de los servicios. Brasil universalizó la cobertura por parte de la Seguridad Social, aunque no es claro que haya logrado abatir las diferencias de accesibilidad o disminuir significativamente la compartimentación social de los servicios de salud. En Chile y Brasil así como en la mayoría de los demás países de la región han surgido experiencias innovadoras en la organización y financiamiento de los servicios, fundamentalmente en el sector privado.

REDEFINICION DEL PAPEL DEL GOBIERNO EN EL SECTOR SALUD

En estos momentos en que los países en desarrollo tratan de determinar el papel que corresponde al gobierno en el sector de salud, en el informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 se propone que el Estado asuma un papel más importante en el aspecto financiero, pero también que las organizaciones no gubernamentales y el sector privado participen en mayor medida en la prestación de los servicios.

No cabe duda de que los gobiernos de todo el mundo han desempeñado un papel crucial en el logro de los grandes avances en la esfera de la salud realizados en los últimos 40 años. Gracias a medidas de salud pública ha sido posible erradicar la viruela y reducir las muertes causadas por otras enfermedades de la infancia prevenibles mediante vacunación. La atención clínica ampliada y mejorada a cargo de médicos y enfermeras del sector público ha impedido que se perdieran millones de vidas a causa de enfermedades infecciosas y traumatismos. Mediante los servicios estatales prenatales y obstétricos se ha reducido la tasa de complicaciones graves del embarazo y del parto para millones de madres.

Sin embargo, hay varios problemas importantes en la forma en que funcionan y se financian en la actualidad los sistemas de salud, y si no se encuentran rápidamente soluciones, el ritmo de los progresos en la reducción del costo de la mortalidad prematura y la discapacidad, y de la respuesta a los nuevos desafíos y amenazas a la salud, se reducirá.

Phillip Musgrove considera que estos problemas son cuatro:

MALA ASIGNACION. Se gastan fondos fiscales en intervenciones con poca eficacia en función de los costos, como la cirugía para la mayor parte de los cánceres, y al mismo tiempo siguen sin financiarse suficientemente intervenciones críticas y sumamente eficaces en términos de costo, como el tratamiento de la tuberculosis y de las enfermedades de transmisión sexual.

INEQUIDAD. Los pobres no tienen acceso a servicios de salud básicos y reciben una atención deficiente. Los gastos fiscales en el sector de salud se dirigen en medida desproporcionada a los ricos, en forma de subsidios a hospitales públicos modernos para la atención terciaria y a seguros privados y públicos. Por ejemplo, en Indonesia, pese a inversiones importantes en instalaciones sanitarias de nivel primario durante los años ochenta, sólo el 12% inferior de las unidades familiares, en tanto que el 20% superior obtuvo el 29% de los subsidios del Gobierno.

INEFICIENCIA. Gran parte de los fondos que se gastan en salud se desperdician en razón de que se compran productos farmacéuticos de marca en lugar de medicamentos genéricos, los trabajadores sanitarios están muy mal distribuidos y supervisados y las camas de hospital están subutilizadas. Las disparidades en el número medio de días de internación entre hospitales con un conjunto similar de casos en los hospitales estatales de América Latina iba de cinco días en Colombia a 13 días en el Uruguay.

AUMENTO DESMESURADO DE LOS COSTOS. En algunos países en desarrollo de ingreso mediano, los gastos en salud están aumentando mucho más rápidamente que los ingresos, a medida que el número cada vez mayor de especialistas, disponibilidad de nuevas tecnologías médicas y el aumento de los seguros médicos, unidos al sistema de pago directo por los servicios prestado, generan una demanda en rápido aumento de estudios, procedimientos y tratamientos costosos. Por ejemplo, en Corea, la parte del PIB dedicada a la salud aumentó de 3% en 1980 a 7% en 1990. A medida que los países en desarrollo e industriales tratan de redefinir la mejor forma de prestar servicios de salud en el próximo siglo, en el Informe sobre el Desarrollo Mundial se aduce que los gobiernos deben aumentar su financiación y permitir al mismo tiempo una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado en la prestación de los servicios.

EL SECTOR PRIVADO

El Diario Oficial de la Federación señala que éste se entiende como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en salud con bienes de propiedad particular. En él se incluyen tanto a las instituciones e individuos que

realizan actividades con un carácter lucrativo, como a las instituciones e individuos que desarrollan actividades no lucrativas.

El sector privado está formado por un cuerpo heterogéneo de personas físicas y morales, dentro de las cuales se encuentran la medicina tradicional, las terapias alternativas, atención ambulatoria, clínicas, hospitales y compañías aseguradoras.

De acuerdo con el Dr. Julio Frenk, tres son los principios en los que se basa el Sistema Nacional de Salud Mexicano: el principio de pobreza, a través del cual se ofrecen servicios de salud a indigentes o personas que por problemas económicos no pueden acceder al sector privado o por no tener un empleo formal no pueden ser atendidos por la seguridad social; el principio cooperativo, el cual se basa en tipificar a la sociedad en grupos los cuales por el papel que juegan en la economía o por la importancia estratégica para el Estado se les otorgan servicios de seguridad social obligatorios, (trabajadores del sector formal, burócratas, fuerzas armadas, etc.) y el principio de poder de compra que rige en el sector privado. Esta confirmación del Sistema de Salud produce irregularidades, ineficiencias y es altamente inequitativo y con distintos niveles de calidad.

Estos tres principios se expresan en tres modalidades de organización de los servicios de salud con esquema de financiamiento distintos: a) la asistencia pública, fundamentada en el principio de pobreza, siendo el presupuesto gubernamental la principal fuente de financiamiento; b) la seguridad social, fundamentada en el principio corporativo contando con dos (Estado-trabajador) o tres fuentes de funcionamiento (Estado-patrón-trabajador), y; c) los servicios del sector privado, fundamentados en el poder de compra y cuya principal fuente de financiamientos son los pagos del usuario ya sea a través del pago directo o por medio de seguros médicos privados.

Sin embargo, cabe apuntar que casi ya no hay esquemas de financiamiento puros y que cada vez más se dan mezclas de diferentes fuentes. En este sentido, es la duplicidad en el pago por la utilización de servicios por parte de los usuarios. Un ejemplo de ello es el caso de los derechohabientes del IMSS, que pagan por estos servicios en forma obligatoria y frecuentemente utilizan otros esquemas (sector privado o Secretaría de Salud).

En lo que respecta a la atención privada, la participación del Estado en el esquema de financiamiento es a través de la vía fiscal, debido a que en México los gastos médicos son deducibles de impuestos; aunque es necesario destacar que este subsidio sólo es accesible para las personas que emiten declaración fiscal, las cuales forman parte de la clase media o alta. En este sentido en el subsidio del Estado para gastos médicos privados sólo se ven beneficiadas las clases medias y altas quedando marginadas de ésta las clases bajas más necesitadas.

Un elemento importante de participación en la prestación de servicios médicos es la industria de las agencias aseguradoras, la cual se ha visto beneficiada por los recientes cambios derivados de la internacionalización de la economía. A consecuencia de esto, compañías extranjeras participan en el capital social de aseguradoras mexicanas en un porcentaje de hasta el 49%, según la ley de inversión extranjera.

El factor de desarrollo más importante para las aseguradoras, en la modalidad de polizas, es el seguro de pensiones y posteriormente el de seguros médicos, debido a que éste último requiere de un conocimiento más específico del mercado.

Muchos y diversos países están realizando reformas en el campo de salud. Una iniciativa de los servicios de salud, lo que promueve una atmósfera competitiva que mejora tanto la calidad como la eficiencia. Por otro lado, el pluralismo puede contribuir a incrementar la cobertura y a focalizar los servicios, mejorando la equidad en la prestación de los mismos. Así el subsector de servicios privados de salud prepagados constituye en factor importante en la búsqueda del pluralismo.

Los proveedores privados, tanto formales como informales, desempeñan un papel importante y aparentemente creciente en la prestación de los servicios de salud en México (Secretaría de Salud, 1992 y 1993). Sin embargo, la medicina privada sigue siendo un sector escasamente estudiado y poco regulado, además de que sus vínculos con el sector público y la seguridad social no ha sido plenamente desarrollados.

Como parte del sector privado, el papel de los planes de seguros y esquemas médicos prepagados privados continúa siendo muy limitado; por lo tanto, es necesario definir su función en el nuevo sistema de salud que se está desarrollando en el marco de las reformas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a la Secretaría de Salud. Su participación es particularmente importante en el programa de reversión se podría expandir de una manera más eficaz contando con una visión clara de cuáles empresas podrían funcionar bajo un sistema de reversión, cómo se identificarían las empresas candidatas y cómo se llevaría a cabo el monitoreo de la prestación de servicios. Esto exige una mejor comprensión de la situación y del potencial del sector privado prepagado.

Varios estudios recientes destacan el papel que desempeña la medicina privada en relación con la satisfacción de la demanda de servicios de salud. En este sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud evidencian que gran parte de la población, particularmente la no asegurada, utiliza servicios de salud privados que suele pagar con dinero de su bolsillo. Esto contradice la información previa que sostenía que solamente los grupos de mayores ingresos —una proporción muy reducida de la población— utilizaban servicios privados (Olaiz-Fernández *et al.*, 1995).

De manera similar, los censos Económicos sugieren que la medicina privada constituye un subsector importante (INEGI, 1994). Los resultados de 1992 y 1993 de la Encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio Hospitalario también indican que los proveedores privados representan una gran proporción de la oferta de servicios de salud (Olaiz-Fernández, *et al.*, 1995).

* Debido a las diferencias regionales en materia de ingresos la compra de un seguro privado es más común entre la población urbana y norteña. En las áreas urbanas del norte 5% de la población cuenta con un seguro privado de salud, comparado con 2.9% en la ciudad de México.

* La duplicación de la afiliación es un hecho común entre las personas que cuentan con un seguro privado: casi 70% de los adultos que cuentan con un seguro privado tiene

algún otro tipo de cobertura; cerca de un 50% de los adultos que contratan un seguro privado también están cubiertos por el IMSS y 4.3% de los adultos afiliados al IMSS también cuentan con un seguro privado.

* Otra característica importante de señalar es que el aseguramiento privado a través del empleo es más común entre los trabajadores del sector de servicios financieros que en cualquier otro sector.

* De 1985 a 1988 el volumen del consumo privado se redujo a 15%.

** Los deflatores reales miden la relación entre los precios del consumo en servicios de salud y los del consumo global. Este indicador ha tenido por sectores un comportamiento inverso al del volumen. En el privado se ha elevado durante 1980-1993 por encima de la inflación general, en cambio en el público ha descendido, caída claramente asociada con la reducción del salario real que tuvo lugar en esos años, situación que tiende a corregirse a partir de 1990.

CONCEPTO Y AMBITO DE LA PRIVATIZACION

A partir del inicio del presente sexenio los servicios de salud en México han experimentado cambios de enfoque, concepción y mecanismos de financiamiento; tanto en lo que se refiere a la concepción de su significado, como al modelo de prestación hacia donde se les quiere enfocar y a las formas que puede adoptar su financiamiento.

En esencia, el nuevo esquema consiste en que el Estado dé prioridad a la atención primaria por encima de la seguridad social. La forma de financiamiento, por su parte, se ha modificado de acuerdo con los lineamientos sugeridos por el Banco Mundial (1987). El nuevo modelo busca fomentar la privatización de los servicios, su autonomía financiera y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos; para ello, el Banco Mundial propone las siguientes medidas:

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud. Se propone el establecimiento de aranceles en las instalaciones del gobierno, en especial para medicinas y atención curativa. Esto incrementará los recursos al alcance del sector gubernamental de la salud, permitirá gastar más en programas cuyo financiamiento actual es insuficiente, estimulará el aumento de la calidad y la eficiencia, y ampliará el acceso para las personas con menos recursos y el mejoramiento de la eficiencia en el sector gubernamental.
2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos. Se deben estimular programas de seguro de salud para ayudar a canalizar recursos hacia el sector, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables. Aunque es posible un nivel modesto de recuperación de costos sin esquema de seguro, a largo plazo el seguro es necesario para eximir al presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa. Los gobiernos no pueden elevar las tarifas hospitalarias a un nivel cercano a los costos de la atención mientras no se encuentre ampliamente disponible un esquema seguro.

3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales. Se debe estimular el sector no gubernamental (incluyendo los grupos sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud) para que provea servicios por los cuales los consumidores están dispuestos a pagar. Esto permitirá que el gobierno concentre sus recursos en los programas que benefician a toda la comunidad más que determinadas personas.
4. Descentralización, planificación, presupuestación y prestación de los servicios de salud gubernamentales de aquellos que rinden beneficios privados y por los que se cobra a los usuarios. Al determinar las políticas y programas nacionales se deben emplear los incentivos del mercado donde sea posible, a fin de motivar al personal y asignar mejor los recursos. Permitir que el cobro y el control de los ingresos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, mejorará tanto la cobranza de los aranceles, como la eficiencia del servicio.

De los anteriores lineamientos del Banco Mundial, se pueden deducir las principales características del nuevo concepto de prestación de servicios de salud: pagar por la prestación de servicios cualquiera que sea el nivel socioeconómico del beneficiario, eliminando así el concepto de prestación gratis de los servicios de salud.

En la literatura técnica más reciente sobre privatización de los servicios de salud se manejan diferentes conceptos de lo que ésta significa. En particular, Bennett (1991) analiza dos conceptos alternativos. En primera instancia, estudia la definición de Paul (1988), que resalta hay diferentes grados de privatización. Para ese autor, privatización comprende: 1) venta de todos o alguno de los activos de empresas públicas u otros organismos públicos, 2) alquiler de esos activos, o 3) transferencia de la gestión de entidades públicas (sin transferir la propiedad) y contratación de servicios públicos con el sector privado.

Una definición más amplia, también analizada por Bennett (1991), es la de Naylor (1988).

La privatización de los servicios de salud implica un cambio en la mezcla público-privada de prestadores, instituciones y mecanismos de financiamiento; (...) se entiende por privatización a un conjunto de estrategias gubernamentales para generar o acelerar la transferencia al sector privado de la prestación del servicio y el financiamiento.

Por otra parte, es también importante hacer hincapié en el amplio alcance de lo que se considera "sector privado"; el cual es sumamente heterogéneo pues incluye médicos privados, organizaciones con fines de lucro (hospitales privados, instituciones de mantenimiento de la salud —Health Maintenance Organizations— y similares), instituciones con fines no lucrativos (por ejemplo, hospitales mantenidos por misiones religiosas u organizaciones de caridad) y también las prácticas médicas tradicionales. Como se puede observar, en el sector privado se encuentran organismos que pueden tener objetivos muy diferentes (por ejemplo, búsqueda de ganancia o dar caridad), así como formas de financiamiento también diferentes (individuales o colectivas).

En lo que respecta a la distinción entre los ámbitos público y privado, aunque existen fórmulas no gubernamentales de control público (por ejemplo, ciertas modalidades de autogestión comunitaria o de administración cooperativa), en este caso enfocaremos la atención al sector privado. Así, se considerará que el Instituto Mexicano del Seguro Social es parte del sector público, pese a que el financiamiento del mismo es tripartito (Estado, empresarios y trabajadores) y el monto de la aportación gubernamental ha tendido a reducirse fuertemente.

LA MEZCLA PUBLICO-PRIVADA

De acuerdo con la definición de privatización (variación en la mezcla público-privada), es preciso distinguir dos componentes en el ámbito de la salud: **la prestación de servicios y el financiamiento.**

La tendencia hacia la privatización de los servicios de salud se traduce en cambios en esas dos esferas. Por lo que una política de privatización implica, en última instancia, una modificación de la mezcla (mix) de los componentes públicos y privados de cada uno de ellos. Una aproximación conceptual a la mezcla público-privada muestra que existen cuatro combinaciones posibles de prestación y financiamiento público o privado; cada una de ellas tiene implicaciones muy diferentes para la conformación de un sistema de salud.

Existen dos situaciones relativamente extremas; por un lado, **el caso de financiamiento y provisión pública de servicios**, como se da en los casos de los servicios nacionales de salud de algunos países europeos; por otro, **el de provisión y financiamiento privados**, como ocurre, por ejemplo, cuando el cuidado privado de la salud es costado por seguros también privados.

Los casos más interesantes son aquellos en que se combinan elementos privados y públicos, porque son distintivos de la transición hacia la privatización. En particular, nos interesa estudiar mecanismos de políticas de integración del sector privado a la ampliación de prestación de servicios de salud (cobertura y capacidad instalada); es decir, combinaciones en la mezcla público-privada en las que predomine la representación privada.

PROBLEMATICA ADMINISTRATIVA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Lic. Andrés Fernando Gúemes Ruano

INTRODUCCION

Los cambios económicos, políticos y sociodemográficos, procesos inflacionarios, economía informal y desempleo, son sólo algunos de los problemas con los que se enfrentan actualmente las sociedades del mundo.

La crisis económica ha impactado prácticamente a todos los países, pero desafortunadamente afecta de manera directa a los países más pobres y en vías de desarrollo.

Las instituciones de seguridad social en México no están ni ajenas ni exentas de esta problemática.

Las reducciones presupuestales, el incremento de la tasa de natalidad y la esperanza de vida, así como la dinámica social y administrativa de la que somos partícipes, ocasiona que las instituciones de seguridad social vean afectadas su cobertura, funcionalidad, calidad y capacidad de respuesta, impactando de manera negativa su operación. En consecuencia, la población no recibe una respuesta apropiada a sus necesidades más apremiantes.

En el presente trabajo se abordará la problemática administrativa de las instituciones de seguridad social, entre otras, la correspondiente a cobertura, financiamiento, ámbito organizacional y abastecimiento.

COBERTURA

La universalización de la cobertura ha sido un objetivo prioritario en los programas de gobierno; no obstante, la demanda de la cobertura de los servicios, día a día sufre incrementos frente a una capacidad de respuesta disminuida.

Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médica, en las instituciones públicas existen dos grandes grupos de usuarios; los afiliados a la seguridad social, que son unos 45 millones, y los no asegurados, que representan alrededor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a quienes no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural, y a las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría, este grupo hace uso de los servicios públicos que ofrecen la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Solidaridad y los servicios estatales y municipales. Hay un tercer grupo que,

tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de la medicina privada.

Lo anterior se traduce en una estratificación social en cuanto al acceso y tipos de servicios disponibles, marcando con ello una desigualdad importante.

La tasa de mortalidad se ha logrado abatir, lo cual impacta en la esperanza de vida, que pasó de 30 años en la época revolucionaria a 70 años en los hombres y 73 años en las mujeres en la actualidad.

El desempleo, la pobreza, la desnutrición y la falta de servicios, aunado a una población cada vez más vieja ha hecho que coexistan en nuestro país enfermedades propias del primer mundo con enfermedades características del tercer mundo.

México se encuentra en una etapa de transición epidemiológica, en donde sus programas y recursos se tienen que dividir entre estas dos corrientes de padecimientos haciendo más difícil la cobertura de los servicios.

FINANCIAMIENTO

El problema del financiamiento tiene efectos de manera directa sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios ofrecidos.

La situación económica hace imperioso incrementar y diversificar las fuentes de financiamiento, asimismo la falta de estrategias que permitan reducir los gastos administrativos y lograr el equilibrio en las prestaciones que se otorgan en la actualidad, afectan a las instituciones de seguridad social.

En adición al déficit financiero, se debe considerar un grave déficit en cuanto a recursos humanos e infraestructura, pues esta pérdida de recursos conlleva una inadecuada calidad de los servicios y salarios de los trabajadores, así como deterioro y deficiencias en la prestación de los servicios.

La revisión de las cuotas de aportación es una necesidad imperiosa, se debe buscar que el servicio médico otorgado no sea deficitario.

El desarrollo dinámico de la medicina moderna propicia la implementación de nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, los cuales debido a la problemática económica existente en la mayoría de las ocasiones quedan al margen de las instituciones de seguridad social.

La incorporación de esquemas de subrogación de servicios de limpieza, dietología y lavandería entre otros, son propuestas que deben evaluarse considerando el costo-beneficio resultante para estar en posibilidad de tomar decisiones acertadas en caso de optar por esta mecánica.

ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES

El común denominador en las instituciones de seguridad social, es el contar con estructuras rígidas en su organización, en las cuales la toma de decisiones es centralizada,

existiendo áreas innecesarias y altamente burocratizadas, así como una distribución inequitativa en las plantillas de personal ya que, en algunos casos se carece de personal, mientras en otros sobra.

Se presentan indefiniciones en cuanto a la delimitación de competencia y funciones en áreas adjetivas y sustantivas, lo que ocasiona la duplicidad de funciones y fuga de responsabilidades.

RECURSOS HUMANOS

Se carece o no se tienen actualizados los catálogos y perfiles de puestos, originando en la mayoría de las ocasiones que se adecúe el puesto a la persona, y no la persona al puesto. El desempeño se mide, cuando esto sucede, en términos de productividad y no de calidad.

La estructura salarial se mantiene parcialmente estática, y se carece de sistemas de ascensos programados, funcionales e interrelacionados que permitan realizar un servicio civil de carrera.

El esquema laboral no propicia la superación personal, lo que genera desmotivación, e impide una mejor calidad y eficiencia en el servicio, pues el que trabaja más y mejor no recibe ningún beneficio adicional de lo que recibe el que no lo hace.

MODERNIZACION ADMINISTRATIVA

La existencia de trámites engorrosos y complicados, ya sea en la adquisición de insumos o en la obtención de servicios, excesivos requisitos, e instancias innecesarias, procesos desactualizados o inexistentes prevalecen en muchas instituciones.

La falta de sistemas de información que permitan orientar sobre servicios, requisitos y horarios de atención de acuerdo al tipo de trámite a realizar, ocasionan el desconocimiento, confusión y malestar de los usuarios.

En adición a lo señalado se debe considerar el excesivo centralismo, mal innecesario de la administración pública, que reduce ostensiblemente las posibilidades de dar respuestas ágiles y efectivas a los problemas y necesidades existentes.

CAPACITACION

Se carece de programas formales de capacitación y adiestramiento bien definidos, los cuales en la mayoría de las veces son elaborados sin una metodología, en desapego al diagnóstico situacional existente y a la realidad de las necesidades.

La falta de presupuesto para cubrir este rubro es insuficiente, ocasionando con ello que no exista una educación continua al personal, y por consiguiente se desconocen los procesos de trabajo o se carece de ellos, los cuales inciden de manera directa en su propio quehacer y en la atención brindada a los usuarios, además se debe agregar el desinterés del personal para su educación.

ABASTECIMIENTO

El crecimiento de la población beneficiaria y los equipos existentes, así como los consumibles necesarios para la atención médica han rebasado los sistemas existentes de abasto, generándose problemas de oportunidad en la prestación de los servicios.

Se presentan desequilibrios entre demandas y existencias de productos, originándose situaciones de desabasto y sobreabasto con las concebidas quejas por parte de los usuarios en cuanto al diferimiento de los servicios, o bien por la escasez de los medicamentos.

Las unidades médicas en muchas ocasiones no cuentan con los medicamentos necesarios para cubrir la demanda de los usuarios, bien sea por problemas con los laboratorios en cuanto a producción, trámites legales de importación, especulación y tiempos de entrega, lo que provoca que los pacientes tengan que hacer largas colas, acudir a otra unidad médica del sistema, o incluso comprar los medicamentos en farmacias privadas.

Comúnmente las áreas responsables de las compras licitan y adquieren, los almacenes o delegaciones concentran y distribuyen a las unidades médicas, transcurriendo en el proceso tiempos prolongados de compra-entrega-distribución en materiales, medicinas y equipo médico, con procedimientos lentos, poco eficientes y altamente burocráticos.

Los insumos con frecuencia resultan insuficientes, son recibidos a destiempo y en ocasiones no se apegan a las especificaciones establecidas, además de existir deficiencias en el control de calidad, o incluso la ausencia de áreas responsables de realizar la función.

La planeación deficiente para la adquisición de insumos en general, ocasiona que en el caso de realizar compras directas, se adquieran productos a un alto costo.

En la elección del ganador de las licitaciones, se consideran exclusivamente los precios, y eventualmente la calidad de los productos. Se omiten las garantías existentes, el respaldo técnico, los servicios de mantenimiento, la venta de refacciones, partes y accesorios, la capacitación del personal responsable, y los manuales o guías técnicas, los cuales son de relevancia para el uso y operación en su caso de los equipos e instrumental médicos adquiridos.

Se carece de instancias que evalúen los equipos que se adquieren no sólo en función de su eficacia, sino también de su costo-beneficio.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

- Ampliar la cobertura de los servicios a corto plazo, integrando a la población más desprotegida, aquella que carece de acceso sistemático a los servicios de salud, mejorando el nivel y la calidad de atención.
- Implementar nuevos mecanismos de financiamiento que permitan disminuir la carga presupuestal en el pago de pensiones.

- Promover la participación del sector privado en la utilización de los servicios de que disponen las instituciones de seguridad social.
- Establecer diferencias en las cuotas de los afiliados tomando como parámetros entre otros: la edad, el estado de salud, así como el número de integrantes.
- Diseñar estructuras organizacionales orientadas prioritariamente a lograr la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios, fomentando la desconcentración de funciones y facultades.
- Implementar sistemas de comunicación ágiles y concisos que permitan orientar a la población usuaria sobre los servicios, requisitos, horarios y lugares de atención de acuerdo al tipo de trámite a realizar, reduciendo tiempos innecesarios.
- Desarrollar e instituir sistema de incentivos a los trabajadores, los cuales tomen en cuenta la preparación, actitud, colaboración, desempeño y resultados de los mismos, premiando a aquellos que se destaquen de los demás.
- Integrar plantillas de personal reducidas pero de alto nivel, a fin de aprovechar al máximo los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano.
- Revisar y en su caso, eliminar las normas y disposiciones jurídico-administrativas que establezcan requisitos, instancias y trámites innecesarios.
- Identificar necesidades de capacitación y adiestramiento, a fin de instrumentar con oportunidad los programas de capacitación continua, en estricto apego a las necesidades particulares y específicas de cada institución.
- Cambiar las actitudes del personal fomentando una verdadera y real vocación de servicio.
- Establecer programas de optimización de recursos, en los cuales los protagonistas sean tanto usuarios como personal que labora en las instituciones.
- Implementar sistemas de abasto que permitan determinar con oportunidad los máximos y mínimos indispensables para la atención, evitando el desabasto, sobreabasto y las caducidades.

MODERNIZACION ADMINISTRATIVA

M.C. Alejandro García Luna Herrera

INTRODUCCION

La administración pública es esencial para el cambio que propone el gobierno federal mexicano, por la gran variedad e importancia de sus funciones y responsabilidades, tales como proveer de servicios básicos a la población; suministrar insumos a la planta productiva, tanto industriales como energéticos; intervenir en el diseño, la construcción, la operación y mantenimiento de infraestructura; propiciar la generación de empleos y promover actividades económicas.

El sentido de cambio en la modernización administrativa de las instituciones públicas, debe analizarse desde dos puntos de vista: internacional y nacional.

AMBITO INTERNACIONAL

Actualmente existe una constante evolución y mejoramiento en cuanto a la manera de administrar y promover el desarrollo en los diversos países mediante el uso de aparatos administrativos públicos como instrumento estratégico para dar mayor competitividad a sus economías e impulsar a sus sectores productivos, promoviendo la participación social en la toma de decisiones y en la evaluación.

El tema de modernización administrativa es cada día más trascendente en el ámbito internacional y en forma especial en el proceso de desarrollo económico y social.

AMBITO NACIONAL

Actualmente nuestro país cuenta con una población cada vez más informada, participativa y crítica, que reclama la mejora permanente de los servicios de salud, mayor honestidad y transparencia en las acciones de los servidores públicos y el uso racional de los recursos económicos con un proceso de rendición de la cuenta pública más completa y desagregada.

Este reclamo exige un replanteamiento en la actuación de las instituciones de salud para atender de manera eficiente, efectiva y oportuna, las necesidades de la población; pero para responder a este reclamo es indiscutible escuchar las opiniones y sugerencias de los usuarios para el mejoramiento en las prestaciones de los servicios.

Por otro lado la situación económica por la que atraviesa el país, demanda una mayor racionalidad en la asignación y ejercicio presupuestario, atención constante a las dimensiones y costos de las estructuras administrativas y una mejor administración de los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Por lo anterior se hace necesario replantear cómo administrar para mejorar la cobertura, calidad y efectividad, en términos del costo social que supone la deficiencia en su funcionamiento y definir los campos en que se deben promover incentivos para lograr la flexibilidad que deben tener las instituciones para responder a las circunstancias cambiantes, lo que fortalecerá su capacidad de adaptación a las necesidades que plantea el entorno nacional y a las transformaciones que se realizan a nivel internacional. Se requiere iniciar una profunda renovación para promover nuevas actitudes, vencer inercias y atender el rezago en forma urgente.

La mayoría de estas inquietudes se encuentra dentro del Programa de Modernización de la Administración Pública (PROMAP), abordando temas relativos al mejoramiento de la organización en los métodos y procesos de la administración pública, dignificación y desarrollo del servidor público, mejoras en la atención al público y la participación ciudadana, mejoramiento en la medición y evaluación de la gestión pública, así como a la desregulación y adecuación de los marcos normativos.

PROBLEMATICA

Para poder avanzar en la modernización de la administración pública, es necesario conocer las limitaciones y deficiencias administrativas actuales, por lo que se analizarán los principales problemas y obstáculos detectados.

- a) Centralismo;
- b) La infraestructura no satisface las demandas de los usuarios;
- c) Deficiencia en los mecanismos de medición y evaluación y;
- d) Falta de profesionalización de los servidores públicos.

Centralismo:

En México, la administración pública federal, al igual que otros países, se ha centrado en la reconfiguración de estructuras y redimensionamiento del sector público, sobre todo el sector paraestatal, trayendo consigo una disminución importante en el número paraestatales vigentes, realizándose esto a través de la desincorporación, extinción, liquidación y fusión. No obstante estos ajustes realizados es necesario ir más allá de un cambio cuantitativo y avanzar hacia transformaciones cualitativas de fondo, ya que aún existe una gran concentración de actividades y un centralismo muy acentuado en la toma de decisiones, que se traduce en mayores costos para la sociedad, por lo que adquiere importancia, acelerar la desconcentración administrativa y presupuestal, trasladándolas a los estados a cambio de comprometerse a dar resultados concretos y medibles.

— Centralismo de las dependencias globalizadoras con las dependencias estatales:

La normatividad emitida por las dependencias globalizadoras para regular aspectos específicos u operativos en cuanto a la administración, no responde a los requerimientos de las dependencias estatales para atender con eficacia, efectividad y oportunidad a los fines propios de la naturaleza social, cultural o económica de sus actividades, toda

vez que los administradores se responsabilizan del cumplimiento de dicha normatividad y no del logro de resultados.

— **Centralización de las dependencias estatales hacia las entidades coordinadas:**

Como reflejo de la relación con las dependencias globalizadoras, las dependencias estatales ejercen un extremado centralismo sobre sus entidades coordinadas, limitando su autonomía, técnica, administrativa y operativa.

Este esquema está orientado al control del presupuesto y de coordinación sectorial, pero alarga los procesos de resolución, limita la capacidad de gestión y afecta la capacidad de respuesta ante las demandas de servicios de los usuarios.

La infraestructura no satisface las demandas de los usuarios:

Las instituciones de salud en cumplimiento de sus atribuciones llevan a cabo las siguientes funciones genéricas: ejercicios de actos de autoridad (permisos, autorizaciones, sanciones), provisión de bienes y servicios, operación de programas públicos y sociales.

La ausencia clara de autoridad, ha generado costos sociales que no se cuantifican, como molestia, desconfianza y deterioro de la imagen institucional y de quienes en ella trabajan. Una organización compleja propicia lentitud en sus procedimientos y provoca una restringida capacidad de respuesta frente a la sociedad.

La concentración de actividades provoca acaparamiento del mercado (respecto a diversos servicios), en detrimento del usuario. No existe una difusión amplia y eficaz, así como una definición de los estándares mínimos de calidad de los servicios, o criterios claros y específicos en la aplicación de normas, lo que da cabida al abuso, a la discrecionalidad y la corrupción.

Tampoco ha existido una política obligatoria de desregulación y simplificación administrativa para las instituciones, cada una las lleva de manera independiente, por esto es importante que los usuarios cuenten con más y mejores mecanismos para manifestar su opinión y de esta manera poder evaluar y superar las deficiencias en la prestación de los servicios.

Deficiencia en los mecanismos de medición y evaluación:

Tradicionalmente la actuación y el desempeño de las instituciones de salud se ha evaluado con base en los niveles de gasto autorizados, así como en función de la asignación a programas y partidas presupuestales, pero han omitido medir la contribución del gasto público al logro de los objetivos a que éste se destina, debido al planteamiento programático presupuestal que tiene como prioridad la disciplina fiscal.

El sistema de vigilancia y control se orienta a verificar el cabal cumplimiento del marco jurídico - administrativo, así como a detectar irregularidades o ilícitos y ocasionalmente solicitar cuentas sobre los logros alcanzados, ineficiencia en el manejo de los recursos y la efectividad de los programas.

Por otro lado las asignaciones presupuestarias se etiquetan para ser usadas sólo en el rubro del gasto correspondiente y las transferencias están sujetas a autorización previa; esta política restrictiva eleva los costos por la inflexibilidad y lenta capacidad de respuesta por otra parte de las instituciones. El empleo de los avances tecnológicos permite sustituir el exceso de controles, por un eficiente seguimiento electrónico que permita una asignación de recursos de manera racional y un adecuado control de los mismos.

Otro factor que ha dificultado la modernización administrativa es la uniformidad del conjunto de reglas internas relativas a la administración de los recursos humanos, materiales y financieros.

Falta de profesionalismo de los servidores públicos:

En la modernización administrativa el objetivo central es la transformación de los recursos humanos para mover el cambio, ya que la gran mayoría de los servidores públicos tienen en muy alta estima los principios de responsabilidad, honradez, y espíritu de servicio, rechazan la corrupción y el abuso, pero hay que reconocer que nuestro entorno no favorece la perseverancia y defensa de estos principios y sus valores éticos se ven limitados por la falta de reconocimiento y seguridad en sus empleos, cargos o comisiones.

Su dignidad se ha visto deteriorada por falta de mecanismos de reconocimiento e incentivos, y su aplicación se limita prácticamente a los de base y a los que se rigen por el apartado "B" del artículo 123 constitucional.

Se han creado diferencias entre los trabajadores afiliados a organizaciones sindicales y los que no lo están, esto impide un desarrollo en conjunto; a los que se encuentran sindicalizados se les garantiza la permanencia laboral, pero está fuertemente restringido su ascenso en la escala de la institución y en el salario; los segundos componen básicamente los grupos de mando en nuestras instituciones, gozando de mejores ingresos, pero carecen de esquemas de desarrollo, crecimiento, en el empleo, y de una indemnización al perderlo, lo que afecta en forma negativa su actuación.

Otro hecho que ha entorpecido la superación y profesionalismo del servidor público, es que la capacitación, no es sistemática, ni se programa en forma integral, tampoco es acumulativa ni personal, por lo que se aplican cursos sin relación con la función que desempeñan. Por otro lado los trabajadores técnicos y operativos de base o de confianza, no son consultados para proponer mejoras que beneficien a los usuarios de las instituciones, desaprovechando con esto su experiencia y conocimiento.

Finalmente ha faltado profundizar en el estudio sistemático de las declaraciones patrimoniales de servidores públicos que laboran en áreas administrativas.

ESTRATEGIAS

La modernización administrativa plantea una transformación que implica cambios de las regulaciones y procedimientos actuales, modificación de actitudes y conducta en las instituciones públicas para alcanzar objetivos como:

- La transformación eficaz, eficiente y con una cultura de servicios para satisfacer las necesidades de los usuarios y;
- Combatir la corrupción e impunidad a través de acciones preventivas y de promoción.

Estos objetivos establecen las estrategias a seguir:

- Promover la participación responsable y permanente de los usuarios;
- Promover en las instituciones de salud, la sensibilización a los servidores públicos de todos niveles;
- Fortalecer la coordinación y apoyo entre la SECODAM y las contralorías internas de las instituciones para desarrollar acciones de evaluación de la prestación de los servicios en términos de calidad, desempeño y resultados.
- Establecer la relación entre SECODAM y SHCP con el sector académico y la FSTSE, para impulsar el servicio profesional de carrera y el desarrollo de todo personal federal;
- Impulsar la modernización administrativa y al desarrollo de sus administraciones, mediante la inclusión de programas en esta materia y;
- Para generar efectos duraderos y cambios de actividades y conductas, se requiere de promoción constante indispensable para modificar prácticas y procedimientos burocráticos arraigados y transformar las relaciones entre los servidores públicos y la sociedad.

PROPUESTAS

- Las instituciones y dependencias deben definir anualmente un conjunto de proyectos prioritarios que puedan realizarse a corto y mediano plazo en beneficio del público usuario y otras acciones de largo plazo, pero se deben iniciar en el momento actual. Por lo que hay que definir etapas que permitan la evaluación de los avances y corregir cuando se presenten deficiencias o desviaciones; todas estas acciones deben aplicarse con apego a los criterios de austeridad y racionamiento del presupuesto, asegurando con ello unas finanzas sanas.
- Todo deberá considerar la reducción de costos e incremento en la productividad con mayor satisfacción del usuario.
- Mayor participación del usuario (a través de buzones de quejas, sugerencias, encuestas de satisfacción, entrevistas y consultas con organizaciones) para contribuir a que reciba una atención eficiente, eficaz, oportuna y de calidad por parte de las instituciones.
- Descentralización de funciones y recursos para favorecer el desarrollo y mejoramiento de los servicios, abatiendo con ello costos y para dar respuesta oportuna en el sitio donde se requiere.

- Desarrollo de esquemas modernos de evaluación, medición del desempeño y de los resultados de sistemas integrales de control, dando mayor flexibilidad en la operación, honestidad y transparencia en el uso de los recursos económicos.
- Lograr que la población confíe en la administración de los recursos mediante mecanismos que prevengan y detecten oportunamente acciones de corrupción, y que los servidores públicos que realicen infracciones sean sancionados adecuada y oportunamente.
- Contar con el servicio de carrera profesional de administrador que garantice una selección adecuada del servidor público.
- Diseño e implementación de indicadores para medir objetivamente el desempeño, eficacia y eficiencia de los programas, acciones y servicios prestados.
- Desconcentración de funciones operativas para conservar atribuciones normativas, como es el establecimiento de políticas, planeación y evaluación.
- Evaluación de conocimientos y habilidades de los servidores públicos en áreas específicas.
- Diseño y aplicación de estándares mínimos de calidad de los servicios y atención al usuario.
- Crear apoyos recíprocos entre las dependencias globalizadoras y las coordinadoras estatales.

CAPITULO **4**

**FACTORES ECONOMICOS INTERNOS.
CONTROL DE LOS COSTOS DE
LA ATENCION A LA SALUD**

POLITICAS DE CONTROL DE COSTOS

Dr. Porfirio Cervantes Pérez

Los sistemas de atención a la salud, son por su naturaleza, verdaderas macroempresas, inscritas por esta razón, dentro del marco referencial de las políticas que rigen el desarrollo económico de la sociedad de la cual son producto. Por otra parte, puesto que fueron creadas para preservar un bien social, la salud, se relacionan también estrechamente, con las políticas de bienestar. De hecho conforman uno de los pilares en los que se sustenta la política social del Estado.

Esta aparente dualidad de propósitos de los sistemas de atención a la salud, ha sido motivo de un intenso debate ideológico relativo a las relaciones de la salud con el desarrollo en general y ha sido también, elemento de primer orden en el análisis de los procesos de reforma de los sistemas de atención. Tampoco se le puede excluir de la discusión, cuando se abordan los asuntos económicos que se relacionan con estos sistemas.

Por otro lado, todo sistema de salud se ajusta a un modelo propio que responde a las particularidades políticas, jurídicas y económicas de la organización social en la cual se ubica. De ahí que no sea posible, establecer patrones universales, ni mucho menos confeccionar recetas que sean válidas y aplicables en todas las circunstancias.

Con base en estas premisas, en el presente artículo se hace un análisis reflexivo sobre la problemática que surge de la confrontación entre los costos de la atención a la salud y los recursos financieros disponibles, tomando en cuenta básicamente el punto de vista del proveedor directo de los servicios.

El interés de la administración por los asuntos económicos referentes a la prestación de los servicios no es inédito ni reciente. Es inherente a la función administrativa y como tal ha existido desde siempre. Se considera elemental que la administración de un sistema de salud conozca lo que cuesta implementar una determinada medida preventiva, realizar un procedimiento diagnóstico, o aplicar tal o cual terapéutica, y en función de ello, sea capaz de distribuir apropiadamente la asignación presupuestal. Parece también lógico que quien compra un servicio, como es el caso del sector privado, conozca el precio de lo que compró o va a comprar y tratándose de un usuario de los servicios del sector público, esté enterado del costo que tiene en el mercado, la atención que ha recibido.

Si esta es una función normal y permanente de la administración en los sistemas de salud, cabe preguntarse por qué ahora se discute tanto acerca de la economía de la salud, y por qué hoy se pone tanto énfasis en aspectos tales como el financiamiento, la eficiencia, y lo que se ha dado en llamar el control, contención, o racionalización de los costos.

En primer lugar, existe una razón muy clara y eminentemente práctica: los costos de la atención se han elevado como consecuencia del incremento inusitado en el precio de los servicios y los insumos y lo han hecho de una manera desproporcionada en relación con los recursos financieros, situación que se ha tornado crítica dadas las circunstancias de limitación económica, absoluta o relativa, de la mayor parte de las instituciones prestadoras de servicios.

En segundo lugar, hay una razón de orden doctrinario. En el momento actual, la disciplina dominante es la economía. La economía ha tomado el control y rige las decisiones en todos los órdenes de la vida humana, y la atención a la salud, no ha sido la excepción. Incorporada a todo trance a la corriente economicista vigente, la salud se ve sometida a los imperativos del mercado con todas sus vicisitudes. En consecuencia, los factores económicos han dejado de ser un interés natural de la administración, para convertirse en una preocupación y en muchas ocasiones en una verdadera obsesión.

Resultado de todo lo anterior, es la importancia que ha cobrado la eficiencia, y una de sus herramientas más eficaces, el control de los costos.

Cuando se profundiza en este campo, es posible identificar diversas tendencias, algunas de las cuales se aplican de hecho como políticas en los sistemas de salud de muchos países y otras son propuestas o proyectos que diversos organismos financieros internacionales o centros de estudios económicos recomiendan como políticas viables de control de costos. El análisis así sea somero de algunas de estas políticas, es conveniente porque permite integrar un marco de referencia, donde se pueda ubicar un modelo propio que responda a las necesidades y condiciones particulares de las instituciones nacionales, en especial las que corresponden a la seguridad social.

Con este objetivo, se hará referencia a las siguientes políticas generales de control de costos de la atención a la salud: el control con base exclusiva en las fuerzas del mercado, la eficiencia en función de los costos propuesta por el Banco Mundial, el análisis de costo-beneficio y productividad y el pluralismo estructurado propuesto por la Función Mexicana para la Salud.

La primera de estas políticas se sustenta en la premisa de que todo sistema de mercado genera la riqueza necesaria para que cualquier persona pueda comprar los servicios de salud que necesite a su libre elección y conveniencia. La demanda estimula la competencia entre proveedores y los induce a producir servicios eficientes y de precios bajos, lo que lleva de manera natural a la contención de los costos de la atención.

Contrariamente a lo que supone la teoría, la aplicación de esta política en diversos países ha tenido resultados opuestos al efecto previsto. El ejemplo inmediato son los Estados Unidos de América, país que ha sido el más leal servidor de las leyes del mercado y donde a pesar de aplicarse un porcentaje elevado del PIB a la atención a la salud, se observa la más acelerada expansión de los costos, e indicadores de salud no mejores que los de otros países con menores recursos económicos.

“La magia del mercado —escribió Hsiao a este respecto— a menudo seduce a los gobiernos y los hace actuar sin tener un conocimiento crítico de las condiciones reque-

ridas para que un mercado sea eficiente". El mercado de la salud tiene innumerables fallas, difíciles o muy costosas de remediar que lo hacen ineficiente y contradictorio.

Esta ineficiencia deriva por una parte de la falsa premisa de que la economía de mercado hace a las personas, automáticamente, soberanas desde el punto de vista económico como para elegir libremente el servicio que más les convenga, y por otra, es consecuencia de las llamadas imperfecciones, propias del mercado de la salud.

Entre estas últimas se encuentran, en primer lugar, las asimetrías entre el proveedor y el consumidor. El proveedor es quien posee la información y el conocimiento y quien decide, por tanto las características del servicio a prestar. El verdadero consumidor de los servicios, dice Fajardo Ortiz, es el médico, porque es el que decide terapias, hospitalizaciones, exámenes y por tanto, erogaciones. Esta simetría propicia también que las demandas de atención de parte del consumidor sean ilimitadas o que se generen incentivos perversos como la demanda inducida en favor del proveedor y la llamada "medicina defensiva", que incrementa los costos.

En segundo término se debe señalar que el mercado de la salud es en realidad un complejo de diversos mercados, cada uno con sus propios intereses y dinámica. Por ejemplo, el mercado de la industria farmacéutica, el del complejo médico - industrial, el de los seguros privados, e inclusive, el mercado de los sistemas de formación de recursos humanos para la salud. No es posible esperar una respuesta única, previsible, acorde con la teoría económica, de un mercado con la interacción de tan diversos componentes.

Un tercer elemento, a considerar dentro de las imperfecciones del mercado de la salud lo conforman las llamadas externalidades, es decir, la extensión del beneficio o del perjuicio de determinadas acciones, a personas o grupos no directamente involucrados en dichas acciones como puede ser la familia, la comunidad o incluso la nación. Un ejemplo comúnmente utilizado es el del individuo que compra un servicio de inmunización para su hijo, con lo cual está beneficiado a la comunidad, al eliminar una posible fuente de contagio. Las externalidades tienen un valor, pero pueden no tener un precio o bien representan un costo que absorbe generalmente el Estado.

Por todas estas imperfecciones y fallas, el dejar la contención de los costos de la atención a la salud al libre juego de las fuerzas del mercado, no parece ser la mejor de las políticas.

El Banco Mundial, a través de su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud ha propuesto una política alterna que denomina **eficacia en función de los costos**. Esta política relaciona los costos con la ganancia en salud y parte de la base de que la eficiencia general de un sistema de salud, entendida como la medida en que obtiene el máximo provecho del dinero gastado, depende en gran medida de las prioridades que asigne a sus intervenciones de acuerdo con el grado de mejoramiento de la salud.

Para medir esta ganancia en salud propone estimar la carga de la morbilidad, entendida como la cantidad total de vida saludable perdida por todas las causas a través del indicador de Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad (AVAD). Con base en este indicador, los sistemas de atención seleccionarían como prioritarias las

acciones que se tradujeran en mayor reducción de los AVAD, en otras palabras en mayor ganancia en salud.

El Banco Mundial reconoce que los costos y los resultados dependen de las condiciones particulares en cada sistema de salud, y que por tanto no es posible establecer un conjunto de intervenciones que sea universalmente adecuado. En razón de ello propone que cada sistema de salud establezca un grupo de servicios esenciales y dentro de ellos un conjunto mínimo de servicios, eficaces en función de los costos, que puedan ser reconocidos de manera universal. Los servicios esenciales estarían subvencionados con fondos públicos, y los no incluidos en este grupo, denominados servicios discrecionales, estarían en manos del sector privado en cuanto a su financiamiento.

Indudablemente esta política significa un giro dentro de la corriente ideológica que caracteriza al Banco Mundial. Quizá lo más importante de ella sea el nuevo concepto de eficiencia que plantea, y su propuesta de considerar como objetivo el mejoramiento de las condiciones de salud, objetivo al cual se supedita el control de los costos.

A partir del inicio de la década de los cincuentas, se estableció en diversos países una política de análisis de costo-beneficio, como estrategia para la contención del costo de la atención a la salud. Dado que las erogaciones en pagos por servicios de personal, tienen el mayor peso específico en el orden financiero, simultáneamente se comenzó a dar especial relevancia a los indicadores de productividad.

En el fondo de esta política de análisis económico se encuentra el concepto de beneficio como producto de la atención, y como ingrediente de la calidad, de acuerdo con la definición clásica de Donabedian que considera a ésta como la obtención de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes.

Se trata indudablemente de una política racional con un sustento conceptual sólido, en la cual solamente habría que advertir lo siguiente: la posible dificultad para evaluar, en determinadas condiciones, los beneficios reales; la confusión frecuente entre los conceptos de calidad y productividad que se presenta en la práctica; el manejo discrecional que se puede dar a los criterios sobre la calidad o bien, la prioridad que se pudiera conceder a los indicadores de productividad sobre los de calidad si predominan los criterios puramente administrativos o se privilegia el afán eficientista.

En nuestro país, la Fundación Mexicana para la Salud, ha propuesto lo que llama un modelo de Pluralismo Estructurado, como forma de una nueva organización de los servicios de salud. Aunque el control de costos no es materia específica de la propuesta, las consideraciones de orden económico del modelo llevan implícito este interés.

En suma, el Pluralismo Estructurado propone la determinación de prioridades con base en el peso de la enfermedad medido por el indicador AVISA, años de vida saludable, y el análisis de costo-efectividad. Bajo tales criterios, se establecería un paquete universal de servicios esenciales de salud, financiado por un Seguro de Salud Nacional. Con objeto de hacer universal el acceso a los servicios de salud, se fijaría un subsidio para cubrir la prima del seguro de las familias pobres.

El modelo contempla la obligatoriedad de los seguros médicos y consecuentemente el incremento del papel sinérgico de los seguros privados como instancias para el funcionamiento de los servicios de salud; contempla también la libre elección del prestador de servicios por parte del usuario lo que en principio debe generar competencia saludable, y el establecimiento de Organizaciones para la Protección de la Salud, abiertas a los prestadores privados, a los cuales se afiliarían las personas de acuerdo con sus conveniencias. Tratándose de la seguridad social, la propuesta le asigna como misión central el financiamiento de las prestaciones y recomienda que los servicios de salud de sus instituciones se abran a la opción de otros prestadores.

El Pluralismo Estructurado es indudablemente el resultado de un estudio serio, basado en apreciaciones objetivas de la realidad mexicana. Sin embargo, algunos planteamientos son discutibles. Muchos de ellos se sustentan en premisas de la economía de mercado que la realidad ha hecho sentir como falsas, y otras constituyen recomendaciones que tienen un sustento más teórico que práctico. Aunque el pluralismo se autodefine como una posición intermedia entre la estatización y la privatización, en la práctica conlleva una tendencia claramente privatizadora de la atención a la salud, en particular en lo que se refiere a la seguridad social.

En el aspecto de control de costos, la propuesta contiene sin embargo, elementos valiosos como son el enfoque sobre la ganancia en salud como un objetivo, y el reconocimiento de la inversión en salud como prioridad del gasto público. Asimismo, es de destacarse la metodología propuesta para la estimación del costo y efectividad de las intervenciones en salud.

Hasta aquí el análisis sucinto de algunas de las políticas relacionadas con el control de los costos de la atención de la salud. Es de hacer notar el escaso o nulo valor que se asigna en ellas, al punto de vista del prestador de los servicios, quien es por una parte responsable directo del cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud, y por otro, elemento indispensables para operar cualquier política de control de costos.

En cuanto a los asuntos económicos relacionados con la atención, el prestador de servicios percibe en primer lugar, que las asignaciones presupuestales son frecuentemente decisión de áreas administrativas y financieras, ajenas a las que son responsables de la operación; percibe también que el cálculo de esta asignación, que se hace de una manera automática con base en el comportamiento histórico, se encuentra por lo común dissociada de los programas operativos y por tanto de la satisfacción de demandas o necesidades reales.

La administración por su parte responde que los prestadores de servicios son poco sensibles a los aspectos financieros, que frecuentemente, como señala Eduardo González, concentran su atención en el logro de los propósitos de cada programa sin meditar en que las instituciones para permanecer y tener capacidad de crecer, están obligadas a mantener la estabilidad financiera. También hace responsable a los prestadores de servicios del desperdicio de recursos.

Estos puntos de vista, producto de la experiencia cotidiana, revelan una serie de factores internos, que pueden ser más relevantes que los factores externos en la economía de

los sistemas, y por tanto se deben considerar fundamentales cuando se pretenden tomar medidas para el control de los costos.

Efectivamente, entre los factores de incremento de los costos, independientemente de la espiral inflacionaria de insumos y servicios, habrá que considerar también las deficiencias administrativas, la disociación entre criterios técnicos y administrativos y el desperdicio de recursos, situaciones que se dan al interior de las instituciones.

Entre las deficiencias administrativas se deben señalar el crecimiento excesivo del aparato administrativo, en detrimento muchas veces de las áreas de servicio; la complejidad de procedimientos; los métodos obsoletos o inadecuados de registro; la duplicidad de funciones, y en el plano directivo, con frecuencia, una baja capacidad gerencial que limita las posibilidades de una correcta planeación.

Otro factor a considerar es la disociación, que a veces se torna enfrentamiento, entre los criterios administrativos y los técnicos. Es indudable que el técnico, prestador de servicios, considera que su misión es exclusivamente la aplicación del conocimiento científico en los procesos de la atención, y se interesa muy poco por los aspectos económicos. Ello, por un defecto en la formación y desarrollo de los profesionales y técnicos de la salud. También es indudable que el administrador, no técnico, tiende en ocasiones a aplicar de una manera rígida y estricta la normatividad de orden económico, sin tomar en consideración los elementos técnicos. Esta disociación de criterios puede generar decisiones inapropiadas que afecten no sólo la calidad de la atención, sino también la economía.

Finalmente, hay que considerar la importancia del desperdicio de recursos, situación tan variada y extendida, que integra lo que ha dado en llamarse una verdadera "cultura del desperdicio". La prescripción de fármacos no razonada ni sustentada científicamente, el empleo inapropiado de medios de diagnóstico, la duplicación de estudios, las estancias hospitalarias prolongadas no justificables, la mala utilización de los recursos humanos y la incorporación acrítica de tecnología moderna, son algunos ejemplos de esta problemática.

Con base en la experiencia operativa y tomando como referencia el marco de las políticas generales, es pertinente señalar algunos lineamientos generales que pueden orientar la estrategia de control de costos, dentro de un concepto de racionalidad, entendida en el sentido de lo que es razonable, y en congruencia con los objetivos de los sistemas de salud.

En primer lugar, los costos de la atención y la eficiencia en términos generales no se debe considerar como objetivos en sí mismos. Son únicamente medios para alcanzar propósitos superiores.

El control de los costos tampoco debe ser un mecanismo ocultador de políticas restrictivas del gasto en salud, ni convertirse en una respuesta resignada y permanente, a la limitación de recursos financieros. Los sistemas de salud están obligados a pugnar porque el gasto en salud se considere una inversión redituable y se incremente de acuerdo con necesidades objetivas, dentro de los límites razonables de la economía de una nación.

En otro punto, la planeación de la atención a la salud se debe despojar del prejuicio que supone, que por naturaleza, el sector público es ineficiente y el sector privado eficiente. Existen razones y evidencias que permiten afirmar que el sector público, en particular los sistemas de seguridad social, operan con costos más reducidos. Sin embargo, existen estrategias de gerencia en el sector privado, que podrían incorporarse con ventajas en el trabajo administrativo de las instituciones públicas sin menoscabo de sus principios y objetivos. En materia de salud, estrategias tales como los grupos organizados según diagnóstico (DRG), la atención administrada y las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), contienen elementos dignos de análisis y consideración.

En cuanto a la problemática interna de los sistemas hay algunas consideraciones. En relación al presupuesto, es indispensable que el cálculo se sustente en necesidades y demandas objetivas y que el prestador de servicios participe con su opinión técnica en todo el proceso de asignación y distribución presupuestal con objeto de garantizar la indispensable congruencia entre el presupuesto y los programas operativos.

Es necesario también que las escuelas de formación de los profesionales y técnicos en salud, incluyan en su currícula conocimientos básicos de economía de la salud, y que las instituciones donde llevan a cabo su entrenamiento o su práctica profesional, de manera especial las residencias médicas, estimulen en ellos la conciencia sobre el empleo óptimo de los recursos. Es indispensable por otra parte, que haya un equilibrio entre los criterios administrativos y los técnicos en las decisiones que tengan que ver con el empleo de los recursos financieros. Adicionalmente, será necesario un rediseño de las metas programáticas, con base en criterios técnicos de beneficio en salud, eficacia e indicadores de salud positiva.

En otro orden, resulta imperativo fomentar la eficacia administrativa, a través del incremento de la capacidad gerencial, la modernización de los procesos y de las estructuras administrativas y la incorporación a la gestión de las características de flexibilidad, dinamismo y focalización en problemas específicos que requieren los cambios que suceden en el interior y en el entorno de la atención a la salud. Es indispensable también, establecer una estrecha vinculación de las áreas administrativas con las responsables de la operación. Todo ello se debe traducir en ahorro y mejor distribución de los recursos financieros y en consecuencia, abatimiento de los costos.

Como se dijo en un principio, los sistemas de salud son macroempresas sociales inscritas dentro del marco de la economía de una nación. Sin embargo, se diferencian claramente de otros sectores productores de bienes y de servicios, porque tienen como sustrato al individuo humano y su salud, ambos en su dimensión social. El control sobre los costos de la atención, puede ser un mecanismo eficaz para el logro de los objetivos de bienestar de los sistemas de salud. Pero puede ser también un escollo. En situación de conflicto, el individuo y la salud como bien social, deben estar por arriba de cualquier consideración puramente financiera.

REFERENCIAS

1. Fajardo O., G.: "Hitos y Retos de la Medicina Moderna". *Directivo Médico*, (III) 5, 1996.
2. Fundación Mexicana para la Salud, "Economía y Salud. Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México", Ed. Funsalud, México, 1995.
3. González G., E., "Factores Controlables en la Contención de Costos en la Seguridad Social", Conferencia en la Reunión de la Comisión Americana Médico Social: Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social, México, Julio, 1992.
4. Hansen F.C., "What Does Your Future Hold: Capitation or Decapitation", *Bulletin, American College of Surgeons*, (81) 2, 1996, pág. 12.
5. Horwitz A., "Economía y Salud, más allá del Financiamiento" en "Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina", *Publicación Científica 517, OPS, Washington*, 1989, pág. 42.
6. Hsiao W.C., "Marketization tha Illusory Magic Pill", Editorial en *Health Economics*, Vol. 3, J. Willey-Sons, USA, 1994, pág. 351.
7. Lastiri Q.S., "El Mercado de los Servicios de Salud", Participación en la Mesa de Discusión "La Salud en el Contexto de la Seguridad Social. Retos y Perspectivas", Reunión Internacional, Comisión Americana Médico Social, CIESS, México, 1994.
8. Long V.R., "Economía en Seguridad Social. Principios y Objetivos" en "Opciones de Reforma de la Seguridad Social", *Serie Estudios 13, CISS, México*, 1994, pág. 57.
9. Long V.R., "Papel del Sector Privado" en *Temas Generales de Debate*, op. cit. 7, pág. 270.
10. Mónaco R. M., Phelps J. H., "Health Care Prices, the Federal Budget and Economic Growth", *Health AffMillwood*, 1995, (14) 2, pág. 248.
11. Musgrove Ph., "La Eficacia en Función de los Costos y la Reforma del Sector Salud", Conferencia en el Seminario sobre la Reforma del Sector Salud en América Latina, Banco Mundial, OPS, Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, Marzo, 1994.
12. Narro R. J., "La Demanda de Servicios, las Necesidades Sociales y los Costos de la Atención Médica", Conferencia en la Reunión de la Comisión Americana Médico Social: Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social, México, Julio, 1992.
13. Organization for Economic Cooperation and Development, "The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries", *Health Policy Studies*, N° 2, OECD, Francia, 1992, pp. 147-151.
14. Overseas Development Administration, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, "Seminario para el Establecimiento de Prioridades y Agenda de Investigación en Economía de la Salud", *CISS, México*, Octubre, 1995.
15. Ruelas B.E., "La Relación entre Calidad, Productividad y Costos", Conferencia en la Reunión de la Comisión Americana Médico Social: Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social, México, Julio, 1992.

COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS

M. en C. María Concepción Carlos Cárdenas.

EVALUACIÓN ECONOMICA

Los objetivos o fines de los sistemas sanitarios están condicionados por las situaciones sociopolíticas de cada país; es decir, por las necesidades de salud de la población, los recursos destinados al sector salud, y el modelo en que se realice el financiamiento y provisión de la asistencia sanitaria. En este sentido existen tres modelos fundamentales de sistema de salud: nacional, seguridad social y servicios privados.¹

Independiente del tipo de sistema de salud, en todas las instituciones públicas o privadas que lo conforman, la investigación operativa se ha implementado como un proceso sistemático orientado a la solución de problemas y comprende tres fases: análisis de problemas, desarrollo de soluciones, y evaluación de éstas. Una forma de llevarla a cabo es a través de la evaluación económica.²

Esta estrategia se sustenta en la ciencia económica que estudia la forma en que los individuos y la sociedad, eligen dentro de diversas alternativas, la utilización de los escasos recursos monetarios y no monetarios, para la producción, distribución y consumo de bienes y servicios, tanto a corto como a mediano y largo plazo.³

Se considera como evaluación económica aplicada al sector salud, la actividad que tiene como objeto mejorar la eficiencia del gasto público, en el logro del mayor impacto en el área de la salud.⁴

La utilidad de la evaluación económica se basa en que:

- Constituye un enfoque sistemático del proceso de toma de decisiones.
- Reconoce la escasez de los recursos y el principio de que las decisiones deben depender tanto de los beneficios a los que se renuncia como de los beneficios a obtener.
- Plantea un marco en el que los juicios de valor pueden formularse explícitamente.⁵

Existen diferentes tipos de análisis para efectuar una evaluación económica:

1. Análisis de Costos.— Es la forma más sencilla de análisis, ya que solamente considera los costos, dando por supuestas las consecuencias o resultados.⁶
2. Análisis de Costo-Efectividad.— Evalúa y compara los costos y la efectividad de diversos medios para lograr un objetivo. Es útil para determinar el uso más efectivo de los recursos limitados, organizando la información de tal forma, que pueda comparar sistemáticamente los costos de las alternativas y su efectividad relativa,

en cuanto al logro de un determinado objetivo. Teniendo como base los costos o en función de ellos, se examinan diferentes formas de alcanzar el mismo objetivo, expresándose la efectividad o las consecuencias, en unidades físicas.⁷

3. **Análisis Costo-Beneficio.**— Tanto los costos como las consecuencias de un programa de salud, son evaluados en términos monetarios, no siendo obstáculo para ello, el comparar programas que tienen diferentes tipos de objetivos, o de productos finales. Esto permite una comparación más amplia, existiendo la posibilidad de poder determinar si ciertos programas valen la pena. Tanto los costos como las consecuencias son expresadas como una diferencia neta de dinero ganado o perdido, asociado con un programa de salud. El problema radica en tener que darle un valor a todos los resultados o consecuencias, incluso a la vida humana, lo cual implica aún cuestiones de ética.⁸
4. **Análisis de Costo-Utilidad.**— Emplea como medida del resultado de los programas, las utilidades expresadas en costo por días sin patología, o costo por año de vida ajustado por calidad, ganados al implementar un programa en vez de otro.⁹

Sin embargo las organizaciones de servicios de salud se constituyen en entidades complejas que tienen características importantes, que las hacen diferentes a las demás, y que es necesario tomarlas en cuenta cuando se pretende evaluarlas. Algunas de esas características son:

1. Dificultad de aislar los efectos de los servicios producidos sobre los usuarios, respecto a factores externos que influyen en los individuos y por lo tanto en su salud.
2. La gran diversidad de recursos que la integran.
3. La indeterminación de las tecnologías utilizadas, que no permiten una medición exacta.
4. La presencia de productos múltiples tales como servicios, impacto en las condiciones de salud, enseñanza, investigación etc.¹⁰

COSTOS

Toda evaluación económica implica el conocimiento de la teoría de los costos, que los analiza en la producción, y establece las bases para estudiar las prácticas de fijación de precios del bien o servicio producido; distinguiéndose pues que costo no es igual a precio; el primero es lo que cuesta a una empresa producir un bien o servicio, y el precio es lo que el cliente paga por consumirlo.

Contablemente el costo está reflejado en el gasto monetario, y este ha servido de guía para medir los costos.¹¹ El precio se rige por las leyes de oferta y demanda del mercado.¹²

Bajo el enfoque económico, costo es el valor de una actividad alternativa que se podría haber realizado con los mismos recursos. A esto se le llama costo de oportunidad.¹³

En el campo de la salud, el término costo tiene además otra dimensión: el de la comunidad; definiéndolo como los cambios en la utilización de los recursos de otros sectores diferentes a las instituciones sanitarias, como: tiempos de traslado, espera, tratamiento, cuidado de pacientes; consecuentemente esto produce pérdida de ingresos por ausentismo laboral.¹⁴

Para estimar los costos es necesario clasificar y dimensionar el precio de los componentes o recursos utilizados, y por otra parte considerar las necesidades de la situación particular o problema, o bien, el objetivo o meta de la función productiva. Para ello se requiere:

1. Definir el objeto o meta del bien o servicios, o una situación particular o relevante de la actividad productiva.
2. Clasificar por categorías o clases los diversos recursos, las cuales no deben superponerse, y además deben cubrir todas las posibles combinaciones de recursos utilizados. Hay muchas formas de clasificar los recursos: por insumos, por función o actividad, por nivel, o por fuente de origen del recurso.¹⁵

La clasificación que se utiliza con mayor frecuencia, y la más recomendada es por tipo de insumo, en la cual éstos son agrupados en categorías, cuyos componentes tienen similares características fácilmente reconocidas, lo cual facilita el manejo de estas categorías, así como la distribución entre dos importantes categorías de recursos; esta clasificación divide a los insumos en:

1. No recurrentes o de capital.— Aquí se incluyen los bienes que tienen más de un año de vida útil, ejemplo: edificios, equipo y vehículos.
Para costear estos insumos es necesario considerar: costo comercial de cada artículo, número de años de vida útil esperada, tasa de descuento utilizada para esos años, y el factor de actualización.
2. Recurrentes.— Bienes o servicios con menos de un año de duración, o precederos, ejemplo: sueldos tiempo extra, incentivos, medicamentos, material de curación y combustibles.
Su costo se determina por el precio pagado por adquirirlos.¹⁶

TECNICA ECONOMICA

El enfoque económico considera los usos alternativos de los recursos, y clasifica sus costos en:¹⁷

1. Fijos: Son los que no varían en el corto plazo, y se generan de lo gastado en la adquisición de los insumos necesarios para iniciar el funcionamiento de cualquier unidad productora.
Los insumos fijos, son aquellos que no se pueden cambiar de inmediato cuando las condiciones del mercado indican que tal cambio sería conveniente. En realidad ningún insumo es absolutamente fijo por más corto que sea el periodo que se considere; ejemplo de ellos son: edificios, equipo, personal contratado permanentemente.
2. Variables: Son aquellos que se refieren a los insumos que pueden modificarse de acuerdo al nivel de producción deseado, y van en relación proporcional a éste. Es la cantidad gastada en cada uno de los insumos variables empleados por unidad producida.
3. Totales: Es la suma de los costos fijos y los variables; están en función del nivel de producción. Aumentan desde luego con la producción, en términos absolutos producir más, cuesta necesariamente más que producir menos.

4. **Unitarios Totales:** Son los determinados de la relación del costo total y el nivel de producción. Si obtenemos los costos unitarios fijos, tendremos que a medida que aumenta la producción, el costo disminuye. En los unitarios variables, cuando existe una relación lineal entre el costo variable y las unidades producidas, el costo unitario variable permanece constante al aumentar el nivel de producción. Cuando dicha relación no es lineal, con las primeras unidades producidas el costo variable unitario tiende a bajar y posteriormente se eleva paulatinamente poco a poco a medida que aumenta la producción.
5. **Marginal:** Es el aumento del costo total en una unidad productiva, cuando eleva la producción en una unidad más. Sirve para decir sobre cuánto producir en dicha unidad, al saber cuánto cuesta producir una unidad más.
El costo marginal se obtiene de restar al costo total de un nivel de producción, el costo total del nivel de producción previo. El comportamiento que se observa es un descenso con las primeras unidades producidas, y después un ascenso hasta llegar a superar al costo unitario total. El punto de intersección entre costo unitario total y costo marginal, representa el nivel óptimo de producción. Cuando el costo unitario total es más alto que el costo marginal, es conveniente continuar produciendo más bienes o servicios. Por el contrario, cuando el costo marginal se vuelva más alto que el costo unitario total, la producción debe detenerse.¹⁸

Otro aspecto importante de la técnica económica para calcular los costos, es que se basa en el principio de identificar todos los recursos que intervienen como insumos en el proceso de la actividad o servicio que se está analizando, así como tomar en cuenta sus cantidades y orden; esto es, primero deben identificarse todos los insumos y posteriormente proceder a costearlos.¹⁹

Para esto se requiere considerar la valoración explícita de los costos y beneficios en dos sentidos:

1. Basada en el mercado, donde para que estos reflejen el valor real de los bienes es necesario suponer: que los consumidores saben lo que están haciendo, que los mercados no contienen elementos monopolísticos; que los precios no están gravemente distorsionados por estímulos fiscales o subsidios; que no existen costos que recaigan en terceras partes como resultado de las transacciones de mercado.
Por lo tanto deben considerarse las variaciones de los precios de mercado, ajustándolos para corregir las imperfecciones mencionadas; incluso asignando los precios cuando no existan, ejemplo el costo de producción de las amas de casa, o de las redes familiares y sociales de apoyo de los pacientes; en estos casos puede asignárseles el salario del servicio doméstico; o también el tiempo de los pacientes no laborado, o las molestias de una enfermedad, pudiendo asignarles el costo de los medicamentos consumidos para aliviar dichas molestias.
2. Valoraciones distintas a las de mercado, como juicios de los pacientes en relación a su estado de salud, a través de cuestionarios; o juicios de los políticos que pueden obtenerse de declaraciones explícitas, o bien deducirse implícitamente de sus actos y tomas de decisión. Los políticos pueden ser mejores jueces que los pacientes por que están más informados sobre la complejidad de los asuntos sanitarios.²⁰

VALOR ACTUAL

Por otra parte el enfoque económico de los costos implica considerar su distribución temporal. Para ello el método de mayor aceptación es el descuento de los costos que aparecerán en el futuro, a sus valores actuales equivalentes, a través de un factor de ponderación.

Esta actualización se hace necesaria debido a que cuando se calculan los costos para los años futuros, se ajustan por el índice inflacionario; sin embargo los fondos para esos años futuros podrían invertirse y ganar intereses; por lo que solo en estos casos debe calcularse el descuento.

El valor actual (A) se obtiene de dividir el importe del costo en el año "n" (B), entre el factor de descuento o ponderación, obtenido de elevar a la "n" la suma de la unidad y la tasa de descuento (r).

Algebraicamente el valor actual se expresa $A = \frac{B}{(1+r)^n}$.²¹

COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Existen diferentes criterios para considerar dentro de un sistema de salud, cuáles costos son directos y cuáles indirectos.

Uno de ellos considera los diferentes participantes como fuente de origen de los recursos que invierten, ya sea en el proceso de diagnóstico y tratamiento, o en el tiempo y estado físico y psíquico del paciente. Los tipifica en:

1. Directos

- 1.1 Los costos de organización y funcionamiento dentro del sector salud. Por ejemplo: tiempo de trabajo de profesionales sanitarios, suministros, subsidios por incapacidades (variables), equipamiento, luz, costos de capital, (fijos) etc.
- 1.2 Costos sufragados por los pacientes y sus familias. Por ejemplo: gastos de bolsillo, participación del paciente y su familia en el tratamiento, como la compra de medicamentos y materiales de curación, adaptación de espacios físicos en el domicilio del paciente; dietas, manejo de ropa y utensilios de cocina especiales; insumos adicionales: luz, teléfono, mobiliario, etc.

2. Indirectos

- 2.1 La pérdida de horas de trabajo, o incluso el tiempo de ocio del paciente, o de su red familiar y social de apoyo; ya sea por la búsqueda de diagnóstico, de tratamiento o por la participación en un programa de atención a la salud. Ejemplo: filas de espera, transporte, cuidado de pacientes en su domicilio.
- 2.2 Los costos físicos o psíquicos que con frecuencia experimentan los pacientes y sus familiares, como la ansiedad y a veces el dolor asociado al propio diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o control.

Ambos costos indirectos son pérdidas de producción y de dedicación a otras actividades familiares y sociales, incluso a la distracción favorita, y por lo tanto reflejan un

costo en salud. Ya que el costo de la utilización del tiempo, es el valor de este tiempo en su mejor uso alternativo.

3. Externos

Tanto al sector sanitario como a los pacientes y sus familiares. Ejemplo el sector educativo.²²

Otro criterio que clasifica a los costos en directos e indirectos, es el que considera el destino que le dan a sus productos, los departamentos generales, intermedios y finales que integran una institución de salud.

Este criterio utiliza la técnica de instrumentación para la contabilización de los insumos empleados en un proceso de producción; pero tiene las limitaciones de que no incluye el costo del tiempo que los usuarios emplean en su atención, y que no contabiliza los costos de oportunidad del capital invertido.

Las etapas de la técnica de instrumentación son:

1. **Departamentalización.** Consiste en clasificar los diferentes servicios en departamentos, considerando a quien va dirigido su producto, si es para consumo de otro servicio de la misma unidad, o si se destina para consumo de los usuarios. Se consideran tres tipos de departamentos:
 - a) **Generales.** Son los que destinan sus productos al resto de los servicios de unidad, y se caracterizan por servir de aprovisionamiento o de control. Ejemplo: áreas directivas, administrativas, de mantenimiento y de servicios generales.
 - b) **Intermedios.** Estos servicios se caracterizan por recibir apoyo de los departamentos generales, y a su vez, sirven de apoyo a los departamentos finales; sus productos son consumidos internamente por ellos, pero no por los departamentos generales. Ejemplo: servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, farmacia, lavandería, comedor.
 - c) **Finales.** Son los servicios que prestan atención directa a los usuarios. Consumen los productos obtenidos de los departamentos generales y de los intermedios. Ejemplo: consulta de especialidades, quirófano, hospitalización.
2. **Determinación de Costos.** Se hace por departamento, clasificándolos en:
 - a) **Indirectos.** Son los costos generados por los departamentos generales e intermedios.
 - b) **Directos.** Son los costos generados en los departamentos finales. Para la determinación de los costos, es imprescindible determinar primero los insumos requeridos en el proceso de producción por cada departamento. Los costos indirectos deben distribuirse a los departamentos finales, ya sea por prorrateo o por medio de otro parámetro, para que al sumarlos a los costos directos de los departamentos finales se obtenga el costo total por servicio.
3. **Determinación del volumen de actividades.** Se hace en cada uno de los departamentos para conocer con precisión el destino final del producto obtenido, y su costo sea reflejado en el servicio correspondiente.

4. Determinación del costo total de los departamentos finales. Se integra con la suma de los costos indirectos provenientes de los departamentos generales e intermedios, más la suma de los costos del propio departamento final. El prorrateo de los costos indirectos puede hacerse:
 - En base a la cantidad de productos generales e intermedios consumidos por el departamento final.
 - En función del área física ocupada por el departamento final.
 - En relación al personal empleado por el departamento final.
 - A criterio de quien desarrolla la técnica de instrumentación.

El valor al que se costean los insumos de los diferentes departamentos, es el gasto generado por su adquisición. En caso que hayan sido donados los insumos, se les asigna el de mercado; pero cuando éste no es real porque esté afectado por cuestiones de monopolio o competencia (más altos, o más bajos que los comunes produciendo inflación o deflación artificial); o por subsidios o estímulos fiscales, es necesario asignarle un precio sombra; es decir, el precio de mercado que tuviera otro insumo similar, con los ajustes necesarios.²³

BIBLIOGRAFIA

1. Temes Montes J.L., Díaz Fernández J.L., Parra Vázquez B. El Costo por Proceso Hospitalario. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana de España. 1994. pp5.
2. Reynolds J., Gaspari K.C. Análisis de Costo-Efectividad. Proyecto de investigaciones Operativas en Atención Primaria de Salud. Pricor. Estados Unidos de América. 1986. Volumen 2. pp1.
3. Castro A., Lessa C. Introducción a la Economía. Ed Siglo XXI. México, D.F. 1971. pp 3.
4. Prescott N., Warford J. Evaluación Economía del Sector Salud. Banco Mundial. 1989. pp 3.
5. Drummond F.M. Principios de Evaluación Económica en Asistencia Sanitaria. Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social. Ed. Hijos de E. Minuesa. Madrid, España, 1983. pp 13.
6. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención de la Salud. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1991. pp 13.
7. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Opcit pp 14-15.
8. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Opcit pp 15-16.
9. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Opcit pp 17-18.
10. Georgopoulos B., Floy C. El Hospital como una Organización, en "Análisis de las Organizaciones de Salud". Organización Panamericana de la Salud. 1987. pp 19-31.
11. Ferguson C.E. Teoría Microeconómica. Parte II. Teoría de la Producción y el Costo. 5° reimpresión. Fondo de Cultura Económica. México 1977. pp 105-199.
12. Robinson J. Costos y Precios. Ensayos sobre An' lisis Económico. Fondo de Cultura Económica. México. 1973. pp 178-182
13. Robinson J. Opcit pp 9.
14. Robinson J. Opcit pp 41.
15. Robinson J. Opcit pp 41.
16. Robinson J. Opcit pp 41.
17. Culyer A.J. Production Functions, in: Economics. Blackwell 1985. pp 126-149.

18. Ferguson C. E. Teoría Microeconómica. Parte II. Teoría de la Producción y el Costo. 5º Reimpresión. Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1977. pp 105-199.
19. Creese A., Parker D. What are the Cost?, in: Cost Analysis in Primary Health Care: A Training for Pogram Managers. WHO. 1887 English. 1987. pp 29-40.
20. Prescott N., Werford J. Evaluación Económica y Sector Salud. pp 70-73.
21. Prescott N., Werford J. Opcit pp 85-86.
22. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Opcit pp 27 y 28.
23. Reynolds J., Gaspari K.C. Opcit pp A6.

INCORPORACION DE TECNOLOGIA

Ing. Pedro Camargo Vázquez

Las teorías de la evolución son también aplicables a las organizaciones, lo mismo que a las especies. Las organizaciones dejan de funcionar cuando se encuentre que son incapaces de adaptarse a los cambios del medio ambiente.

La capacidad de las organizaciones para triunfar en su medio, está fundamentalmente en manos de la dirección o gerencia. El modo que la dirección o gerencia tiene de verse a sí misma, no ha permanecido siempre constante. Con el fin de mejorar su flexibilidad y capacidad de respuesta, la dirección de hoy en día ha dado una nueva definición del papel que desempeña la administración.

La función capital del ejecutivo parece inadecuada si la derivamos estrictamente de la palabra “**ejecutivo**”, que proviene de una voz latina que significa “**hacer**”, este modo de ver nos sugiere que la responsabilidad principal del ejecutivo sea la de tomar decisiones. Sin embargo, en las modernas empresas públicas y privadas lo que se espera de su parte es precisamente esto.

Ahora bien, ¿por qué hay que tomar decisiones? La respuesta es evidente. Quien toma decisiones, quiere lograr algo, ya lo llame meta, finalidad, objetivo, o con cualquier otro sinónimo.

¿Qué implica una decisión? Quien toma decisiones escogerá una acción de la que cree habrá de ser la que más le ayude a alcanzar su objetivo. Esta acción tomará la forma de utilización de sus propios esfuerzos y de cualquiera de los recursos que queden dentro de su control.

La idea de utilidad introducida por los economistas demostró que tenía un atractivo general para los técnicos en materia de decisiones. El motivo por el cual se hacen análisis económicos es la maximización de las utilidades.

Todos los cálculos están diseñados para indicar qué alternativa, de entre un conjunto de alternativas, produce las máximas utilidades netas o beneficios a cierto valor cronológicos del dinero. El enunciado general de esta filosofía es que no se justifica ninguna erogación a menos que pueda considerarse como una inversión aceptable.

Es conveniente examinar este objetivo de las erogaciones en el contexto de la economía pública, ya que las organizaciones y empresas privadas existen con el fin de obtener utilidades; pero, ¿qué ocurre respecto a las empresas públicas, creadas para desempeñar funciones del gobierno, a las empresa paraestatales y las empresas que viven de donativos y se forman para desempeñar funciones caritativas?

El problema parece ser bastante sencillo: todas esas organizaciones gastan dinero y la meta de sus gastos es crear una ventaja o un beneficio para el público en general o para una parte del mismo.

Por lo tanto, en un mundo en que las carencias comienzan a ser agudas, evidenciándose en todos los niveles de la organización humana, en que el marco de recursos se constriñe casi en proporción directa al explosivo crecimiento demográfico y a la creciente demanda de bienes y servicios, adquieren importancia relevante las técnicas de planeación, control y optimización de los recursos, como herramientas de la administración para coadyuvar en la solución de tan críticos problemas, paralelamente al desarrollo de otras disciplinas, producto del desarrollo tecnológico de nuestros días.

Hoy en día, para cualquier empresa u organización, resulta incuestionable la necesidad de dirigir en forma racional sus actividades, orientando los recursos económicos a su disposición de una manera tal que le permita alcanzar los objetivos que se ha propuesto; sin embargo aún son numerosas las empresas que por ignorar los procedimientos a su alcance, planean sus acciones sobre bases empíricas o intuitivas o por la influencia de una economía de mercado, que si bien da resultado en ocasiones, particularmente por la sagacidad y habilidad del ejecutivo o por efectos del azar, de ninguna manera garantizan los resultados que se persiguen, propiciándose como efecto un esfuerzo mal encausado, la pérdida, dispendio o inhabilitación de recursos.

Si entendemos que la asignación de recursos económicos, es la acción de destinar bienes para la ejecución de funciones específicas que persiguen una finalidad particular, es la distribución racional de la disponibilidad prevista, de tal manera sectorizada la que, dentro del marco de recursos disponibles, nos permite un desarrollo armónico hacia la consecución de los objetivos propuestos.

De esta manera tiende a evitar el desperdicio, porque la asignación de recursos en estas condiciones, siempre se otorga por el monto indispensable y en atención a un objetivo dado. Por tales razones, para el caso particular de la asignación de recursos para la incorporación de tecnología se requiere fundamentarse en un proceso previo de evaluación y análisis, sin el cual todo criterio de adquisiciones y suministro de nueva tecnología y equipo sería incoherente, con el grave riesgo del desequilibrio financiero y generación de problemas técnicos y económicos colaterales.

Dicho lo anterior, viene claro que es ineludible que todo hospital o institución de salud cuente con un sistema de evaluación tal, que le permita adquirir los equipos médicos adecuados en función del servicio, tecnología, costo, calidad y una serie de factores que intervienen y que son determinantes para la vida del paciente y del equipo. Por todo esto, se expone a continuación un sistema de evaluación para la adquisición de equipo médico.

Este sistema se desarrolla básicamente en cinco partes que son: determinación de las necesidades, características técnicas y operación del equipo, consideraciones para su conservación y mantenimiento, características del proveedor o distribuidor del equipo en el país y los costos de adquisición e instalación, de operación, de mantenimiento y en su caso el de sustitución en el tiempo.

La razón que llevó a esta división, se basa en la premisa de que lo primordial que se debe tener para pensar en la adquisición de un equipo son las necesidades del médico para un buen servicio, en seguida se determina qué equipos de los existentes en el mercado cumplen con estos requisitos y se separan de la evaluación, la cual comenzará por el análisis de sus características técnicas, en seguida de manejo, de conservación, del proveedor y finalmente los económicos o financieros involucrados.

Esta forma de dividir la evaluación, evita trabajo innecesario y proporciona un filtro para cada equipo, ya que el equipo médico a evaluar que no cumpla secuencialmente con los pasos señalados anteriormente, será eliminado antes de pasar al siguiente, esto permite al final de la evaluación obtener como resultado los equipos ideales, de los cuales, será escogido finalmente, aquel que con base en aspectos financieros, sea el más conveniente para el hospital o institución.

El sistema de evaluación propuesto se fundamenta en la evaluación secuencial de las cinco partes antes descritas y se sugiere que para desarrollarlo o llevarlo a la práctica participen en cada una de las partes del proceso el personal técnico, médico y administrativo que por sus funciones se encuentre involucrado. Por lo tanto:

Para la determinación de necesidades el usuario deberá considerar:

Nombre genérico del equipo.

Especificaciones generales y nivel de precisión.

Tipo de movilidad.

Condiciones climatológicas.

Accesorios o aditamentos especiales.

Material de consumo.

Servicio en el que va a operar.

Cargas de trabajo estimadas.

Cantidad y calidad de los operadores por turno.

Cantidad de equipos requeridos.

Dentro de las características técnicas del equipo y operaciones del mismo se deberán evaluar:

Consistencia mecánica.

Peso del equipo.

Dimensiones del equipo.

Presentación, acabados, distribución de componentes y calidad de cubiertas y accesorios.

Las especificaciones técnicas de sus parámetros determinantes, tales como: estabilidad, velocidad de respuesta, nivel de precisión, sensibilidad, potencia.

Los requisitos de instalación y/o adaptaciones especiales del local para su funcionamiento.

Si requiere de algún accesorio o aditamentos especiales.

Necesidad de preajustes y/o calibraciones especiales.

Insumos o material de consumo requerido para su funcionamiento.

Cargas de trabajo máximas permisibles.

Factibilidad de adaptarse o actualizarse en función de la evolución tecnológica.

Nivel de conocimientos requerido por el personal involucrado en su manejo.

Desde el punto de vista de conservación y para su mantenimiento, los aspectos a considerar son los siguientes:

Características técnicas del diseño y calidad de sus partes y componentes.

Acceso al equipo para su mantenimiento.

Necesidad de instrumentos y/o herramientas especiales para su mantenimiento.

Si cuenta con manuales de operación, de servicio, diagramas mecánicos y eléctricos y listado de partes y refacciones.

Necesidad de sustituir en forma periódica partes vitales o componentes de alto costo.

Si se cuenta con un listado de actividades y programas para su mantenimiento correctivo.

Genera desechos que requieran de un tratamiento especial para su disposición final.

Lote de materiales y refacciones mínimo necesarios para su mantenimiento preventivo y correctivo.

Nivel técnico requerido del personal encargado para su conservación.

Vigencia o prevalencia en el mercado en función de su tecnología o filosofía de diseño.

Vida útil estimada.

Del proveedor o representante en el país deberá ponderarse:

Es una empresa formalmente establecida.

Cuenta con la representación oficial del fabricante o dueño de la patente.

Ofrece asesoría y asistencia técnica para la adecuada operación y conservación del equipo.

Tiene un departamento de servicio con personal técnico capacitado.

Ofrece un periodo de garantía integral del equipo y/o para las partes vitales o componentes especiales.

Proporciona manuales de operación y servicio.

Cuenta con un almacén y existencia de refacciones para el servicio, las cuales deberá proporcionar por un periodo mínimo de siete años o en función de la vida útil estimada del equipo.

Ofrece proporcionar los insumos o material de consumo necesario para el funcionamiento del equipo.

Ofrece pólizas o contratos de mantenimiento preventivo y correctivo.

Finalmente el análisis financiero deberá considerar desde el punto de vista económico los siguientes costos:

El de la compra del equipo.

Los de la adecuación del local y/o preinstalaciones requeridas.

De los accesorios y/o aditamentos especiales.

Consumo de fluidos y energéticos necesarios para su operación.

De los insumos y/o material de consumo.

Para el manejo, tratamiento y disposición final de residuos o desechos.

Los del mantenimiento preventivo y correctivo anual.

Para la sustitución de partes vitales y/o componentes especiales.

La compra de un equipo nuevo al término de su vida útil.

En conclusión, como puede observarse, el sistema de evaluación propuesto permitirá obtener desde un punto de vista técnico y financiero las siguientes ventajas para la adquisición o incorporación de nueva tecnología:

Seleccionar el tipo de tecnología más conveniente por adquirir, en función de necesidades operativas.

Determinar el mejor esquema de adquisición en función de su costo, el cual podría ser, entre otros, la compra directa, el convenio por comodato, el arrendamiento puro y/o financiero, el pago por servicios o por estudios realizados.

Determinar los recursos necesarios y los programas para la adquisición oportuna y el suministro de los insumos o material de consumo requerido.

Prever el presupuesto necesario para la adecuada conservación y mantenimiento del equipo.

Establecer los procedimientos y determinar los recursos inherentes para el adecuado manejo, control, tratamiento y disposición final de los desechos que se generen.

Proyectar los recursos necesarios para la sustitución del equipo al término de su vida útil u obsolescencia tecnológica.

Ventajas todas ellas que nos permitirán por ende, garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y confiabilidad de nuestros servicios dentro de un marco económico razonable.

EXPERIENCIAS INSTITUCIONALES. ESTRATEGIAS DE CONTROL DE COSTOS

*Ing. Monica Becerril Carmona
Dra. Martha Rosario Martínez Corona
Dra. Angelica Piña García*

ANTECEDENTES

Hasta ahora la administración financiera en Inglaterra, Canadá y otros países europeos, se ha basado en el concepto de “valor por dinero” el cual significa el uso de recursos con economía, eficiencia y efectividad.

Economía, según define Drummond (1992) es evitar el desperdicio del uso de los recursos, eficiencia es la extensión de los recursos presupuestados a un mayor número de pacientes o actividades, y efectividad es la calidad alcanzada, e implica la consideración de un relativo beneficio del uso de recursos en una actividad, comparada con otra.

Todos los países conciben los estados de salud como sistemas de producción de servicios, en los que se requieren insumos, los cuales son recursos usados para obtener o proveer algo, u obtener algo ya hecho como personal, equipo, dinero, medicamentos, etcétera. Al mezclarse estos insumos mediante procesos, se obtienen productos como el número de bienes o servicios provistos tales como consultas, intervenciones quirúrgicas, raciones servidas, medicamentos otorgados y exámenes de laboratorio entre otros.

Pero más allá de simples productos o servicios, se obtienen resultados, esto es la calidad y el impacto positivo en salud o satisfacción de usuario, por ejemplo: los años de calidad de vida ganados, a través de diagnósticos precisos y tratamientos adecuados.

Las instituciones de salud requieren de dinero o fondos para aplicar la tecnología en salud, definida ésta como el conjunto de procedimientos médicos y quirúrgicos, medicamentos, dispositivos, equipos, instalaciones ocupadas en el proceso de la atención médica, y sistemas de organización y apoyo a través de los cuales se proporciona esa atención tanto de manera directa como indirecta. El dinero en sí mismo, no es un beneficio, su beneficio deriva de lo que se puede adquirir o alcanzar con su uso.

Finalmente, en cualquier sistema sea de producción de servicios o bienes debe considerarse a la evaluación de la tecnología como parte de los procesos normativos y de planificación.

Cada año las instituciones asignan una cantidad de dinero para gastar en los servicios de salud, con la condicionante de que el volumen y tipo de recursos que pueden ser adquiridos o usados son limitados.

El crecimiento de la población derechohabiente y el aumento de la demanda de los servicios médicos obligan al estudio de alternativas para prevenir el déficit y mantener la autosuficiencia financiera, con un enfoque principalmente al desarrollo del primer nivel de atención, creando una cultura preventiva en el derechohabiente - a través de los programas de fomento a la salud, autocuidado y atención continua con el médico general, elevando la calidad y eficiencia de la operación - como un abordaje que resulta menos costoso que el eminentemente curativo o rehabilitatorio y que permite además una mayor cobertura.

PROPUESTA

En el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), como política de control de costos, se pretende continuar estableciendo estrategias para el uso racional y adecuado de la tecnología en salud, que refleje no sólo la eficiencia, sino también la calidad de la atención buscando mantener y controlar tecnologías avanzadas y mecanismos de abasto oportunos sin afectar severamente la capacidad financiera de la institución.

ESTRATEGIAS

De las estrategias que se están desarrollando, podemos citar las siguientes:

- I. A partir del diagnóstico de necesidades y requerimientos de servicios e insumos determinados con los indicadores obtenidos del análisis de la morbilidad y costos, se estableció una logística de distribución regional de tecnología e insumos para la atención médica. Aprovechando la red externa de las empresas proveedoras y de la información del comportamiento de la demanda, productividad y morbilidad que se tiene en los diferentes niveles de atención, se pretende estructurar un sistema de abasto directo de las empresas a las unidades médicas evitando triangulación con almacenes centrales que retardan y consumen recursos, así como establecer una red de información automatizada del nivel central a cada unidad que permita la planeación y control de todos los insumos.
- II. Continuar con la contratación de equipos de diagnóstico y tratamiento a comodato, estrategia comprobada de menor costo y mayor eficiencia y eficacia.

Con base en la morbilidad y rendimiento disponibles por región y unidad médica, se identifica el equipo idóneo, se evalúa la operación de los equipos por el personal usuario previo a su adquisición, se propone la mejor opción técnico-económica y se elaboran los convenios buscando los beneficios institucionales.

La empresa proveedora de los equipos garantiza el abasto de reactivos, la sustitución de equipo obsoleto, el mantenimiento y dotación de refacciones, la actualización al personal usuario, y la incorporación de los laboratorios a programas de evaluación de la calidad, a cambio de consumos de reactivos de acuerdo a la demanda institucional.

III. Fortalecimiento del primer nivel de atención con la aplicación de herramientas de ingeniería clínica adecuada para su operación y desarrollo.

Lo anterior se consigue determinando, también con base en la morbilidad de la población regional así como en la infraestructura existente, las adecuaciones necesarias para solucionar su problemática.

Se realizan las gestiones conducentes para la autorización e implementación del equipamiento de las unidades. El procedimiento continúa con la elaboración y análisis de cuadros comparativos de ofertas técnicas y económicas de los equipos requeridos en las unidades médicas, selección y permanente seguimiento y control de los procesos de adquisición, sustitución y mantenimiento de equipo médico.

Finalmente es importante considerar que la gran mayoría de las instituciones de seguridad social cuentan con los tres niveles de atención siendo el segundo y tercer nivel donde mayores costos operativos se tienen y una tecnología más compleja, es por esto que considerar la implementación de los departamentos de ingeniería clínica, en hospitales de segundo y tercer nivel, puede servir como una herramienta en el control de costos, asegurando la operatividad del equipo existente y elevando la calidad de la prestación de los servicios médicos.

CONCLUSIONES

El sistema de abasto propuesto permitirá mantener un estricto control presupuestal y de inventarios a nivel local, regional y estatal, lo que contribuirá a que el nivel de existencias y oportunidad de abasto sean los óptimos en beneficio de la población derechohabiente, eliminando costos por nómina del almacén, espacio físico, seguros, transporte etcétera, así como logrando disminución de gastos por subrogación, pérdidas por caducidades y sobreinventarios.

Con la incorporación de más equipos de comodato se logrará ampliar la cobertura de análisis clínicos reduciendo o eliminando gastos por subrogación, inversión, mantenimiento y sobreinventario de reactivos. Se asegura la utilización de tecnología de punta, así como la capacitación permanente del personal de apoyo, reinscripciones a los programas de evaluación de la calidad entre laboratorios externos sin costo institucional y la elevación del nivel de la prestación de los servicios.

El fortalecimiento de las unidades médicas del primer nivel de atención a través de la asesoría de los servicios de ingeniería clínica les permitirá acceder de una manera segura, adecuada y eficaz a la tecnología en salud propia para su nivel. Por otra parte el establecimiento de los departamentos de ingeniería clínica en las instituciones de seguridad que cuenten con segundo y tercer nivel de atención, les ayudará a profundizar en la tarea operativa en la calidad de los servicios técnicos que proporciona la tecnología médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ginebra J., Arana R., Dirección por servicio, McGraw Hill, 1989. Martuscelli I., Quintand, Faba, G. y colaboradores, **El desarrollo tecnológico en el marco del Programa Nacional de Salud.**
2. Mirenda, G., **Tránsito de nuestras actividades hacia un nuevo sistema de seguridad social, Cuestión Social**, Revista Mensual del IMSS, número 40, 1997.
3. Paganini, J., **Análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud**, Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud, OPS.
4. Ronney B., Panerai, Peña, M., OPS, **Evaluación de tecnologías en salud, 1989.**
5. Santiago, V., Cruz, R., Brust, H., **Administración de costos en instituciones de salud**, Institute for International Reaearch, 1995.
6. Terres, S., **Programa Nacional para la Mejoría de la Calidad de los Laboratorios Clínicos**, SOMECASA, volumen 1, número 2, Suplemento octubre, 1994.
7. Valdez, O., Martínez, D., **Cuadernos Funsalud**, números 17, 18, 19, 20, Fundación Mexicana para la Salud 1996 - 1997.
8. World Health Organization, **Manpower of a health care technical service**, 1989.

SISTEMA DE PLANEACION, PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION POR AREA DE SERVICIO EN ATENCION A LA SALUD

Mtra. en Administración. Luz Aurora García Vilchis

INTRODUCCION

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica de la Administración Pública emitida por el gobierno del Estado, tiene bajo su responsabilidad lo relativo a la planeación, programación y presupuestación de los recursos.

La Dirección de Finanzas y Planeación, es el área encargada de la instrumentación del “Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación” del ISSEMYM, mediante un esfuerzo conjunto de todas las unidades que lo integran.

Actualmente la administración del Instituto experimenta un proceso de modernización de sus funciones e instrumentos de gestión, buscando elevar la calidad en la prestación de los servicios médicos y de prestaciones socioeconómicas, para brindar una mejor atención al derechohabiente, evitando trámites, ahorrando tiempos y gastos e inhibiendo discrecionalidades y corrupción mediante el desarrollo de las actividades relacionadas con la distribución y el control del ejercicio de los recursos, apeándose a la normatividad que dicta el gobierno del estado.

A través del Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación, se establecen los mecanismos para determinar los planes institucionales, infiriendo para su integración los aspectos económicos, políticos y sociales que afectan a la administración pública estatal, determinando las acciones precisas que lleven a obtener dicho plan con el establecimiento de los objetivos, programas y metas, expresándolos en términos monetarios mediante la presupuestación.

ANTECEDENTES

Anteriormente el gobierno del Estado, dentro del proceso de planeación, programación-presupuestación, no reflejaba la relación de manera precisa y directa de la distribución de los recursos asignados a cada área, realizándose la asignación presupuestal de manera global, en función de los egresos registrados en años anteriores, mismos que se clasificaban únicamente a través del objeto del gasto (servicios personales, materiales y suministros, servicios generales, transferencias, bienes muebles e inmuebles, inversión y deuda pública).

Posteriormente se instrumentó el presupuesto por programas, identificando los egresos con los programas institucionales. Sin embargo, se dejaba en forma aislada a la apertura programática, no reflejándose en la integración del presupuesto, ya que únicamente se consideraban los gastos por unidad de costo, por lo que al comparar el ejercicio del presupuesto autorizado con los programas de trabajo, se dificultaba el seguimiento, control y evaluación de las acciones.

En consecuencia, no se lograba reflejar con claridad la relación entre una acción del Instituto convertida en programa y los recursos erogados en su desarrollo. Es decir, el grado de asignación y aprovechamiento de los recursos que cada programa o subprograma utilizaba para su cumplimiento.

A partir de 1996 el Gobierno del Estado, de manera muy acertada instrumentó la elaboración y el ejercicio del presupuesto con una orientación programática, basada en una técnica presupuestal contable que pone especial relieve a los gastos públicos, las actividades, los proyectos prioritarios y alternos que realiza la Administración Pública.

Desde ese año, se actualizó y adecuó en el ISSEMYM, el Sistema de Evaluación Programática de Metas y de Avance Presupuestal, lo que permitió analizar de manera conjunta los recursos ejercidos y el logro de las metas de cada una de las unidades médicas (hospitales, clínicas y consultorios), para lo cual se capacitó a sus titulares para que llevaran un estricto control en el registro y seguimiento de sus metas y avances financieros, agrupados por programa, subprograma y proyecto, evaluándose mensualmente los logros obtenidos por unidad médica.

Se han logrado avances significativos en lo que se refiere a la programación y la presupuestación, sin embargo se carece de un sistema integral, que nos permita además de conocer los costos de los programas, el costo de las áreas de servicio, tal como se da en las instituciones privadas, lográndose con ello una mejor distribución de los recursos humanos, materiales y financieros por actividad final, factores que hasta ahora en las instituciones de Seguridad Social se le había dado poca importancia. Así mismo la situación económica que prevalece en el país, hace cada vez más necesario contar con información precisa de los recursos que intervienen en cada una de las actividades finales de servicio médico, en función de la apertura programática. Es por ello que se propone una adecuación metodológica que requiere de la voluntad de trabajo de los servidores públicos responsables de las áreas encargadas de la Planeación, Programación y Presupuestación.

PROPUESTA

Considerando al Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación como un instrumento para el mejoramiento en la administración del servicio médico, se deben desarrollar diferentes estrategias de cambio, de tal forma que se pueda dar respuesta permanente y sistemática a los requerimientos de los hospitales, clínicas y consultorios médicos para el puntual desarrollo de sus funciones y para que se ejerza con mayor eficiencia el gasto. Para lo cual se tienen las siguientes propuestas:

1. Actualización de las herramientas e instrumentos presupuestales mediante una adecuación metodológica dinámica para la integración y operación del presupuesto de egresos por programas y por área de servicios en hospitales, clínicas y consultorios.
2. Implantar un sistema automatizado de consulta de saldos presupuestales y de liberación de recursos de las unidades médicas, que permita avanzar en dos sentidos, el determinar directamente el costo de las acciones por servicios, y conocer la disponibilidad de los recursos presupuestales para ejercer un mayor control en el ejercicio del gasto por área de servicio, creando con esto una importante herramienta para la toma de decisiones.
3. Establecer modelos de asignación de recursos, en función de la infraestructura, productividad y costos de las actividades finales en las unidades médicas, permitiendo con ello, que se cuenten con parámetros mas reales para la precisa evaluación del cumplimiento de las metas.

INSTRUMENTACION DE LA PROPUESTA

La transformación, el cambio y el mejoramiento no deben ser producto de planes, programas o proyectos de gabinete, sino que deben expresar un efecto simplificador y vitalizador, por lo que se presume que el nuevo Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación por Programas y por Area de servicios, sustenta la filosofía que permita al usuario agilizar trámites, procesos y procedimientos que impacten directamente en el costo y en otorgamiento de los servicios médicos, enfocándose a los rubros de recursos humanos, materiales, técnicos y financieros.

A. Recursos Humanos

En este escenario, es fundamental contar con servidores públicos actualizados sobre técnicas de costeo de los servicios médicos y manejo de los recursos presupuestales. La Dirección de Finanzas y Planeación contempla la capacitación de los directores, administradores y analistas de los hospitales, clínicas y consultorios en las siguientes áreas específicas:

- Estructurar el presupuesto del área médica bajo la nueva modalidad de costos por actividad final.
- El manejo de una nueva técnica para solicitar y disponer de los recursos presupuestales por programa y área de servicio.

B. Recursos Materiales, Financieros y Técnicos

En apego a los lineamientos establecidos por el gobierno del Estado bajo los criterios de racionalidad y disciplina presupuestal, se establece lo siguiente:

- Actualizar los instrumentos presupuestales (Catálogo de programas, subprogramas, metas, unidades médicas y por objeto del gasto).
- Elaborar los catálogos de las áreas de servicio por tipo de unidad médica, apoyándose en la infraestructura, productividad y costo de la actividad final.
- Estructurar el presupuesto de egresos de hospitales, clínicas y consultorios con una orientación programática y por área de servicio, apoyándose para ello en los

indicadores de los costos de los servicios médicos, así como en los catálogos de unidades, programático y por naturaleza de gasto.

- Integrar el presupuesto identificando 6 niveles de desagregación, considerando para el primer nivel, la unidad médica; para el segundo nivel, el programa; para el tercer nivel, el subprograma; para el cuarto nivel, la meta; para el quinto nivel el área de servicios y para el sexto nivel, la partida presupuestal de tal forma que los hospitales cuenten con las herramientas que les permitan delimitar lo sustantivo de cada programa.

| | |
|--------------|----------------------|
| 01 | Hospital |
| 0101 | Programa |
| 010101 | Subprograma |
| 01010101 | Meta |
| 0101010101 | Area de Servicio |
| 010101010101 | Partida Presupuestal |

- Contar con un documento presupuestario que permita analizar comparativamente el costo de la atención médica en los diferentes servicios que se otorgan en los hospitales, clínicas y consultorios médicos, para vigilar que se esté atendiendo a los objetivos específicos en el ejercicio de sus funciones, así como los costos de ejecución de cada meta, subprograma y programa.
- Instrumentar un sistema en red, que permita enlazar a todas las unidades médicas a la base de datos del Sistema de programación y Presupuesto, para la consulta de saldos y liberación de recursos.

CONCLUSIONES

Se concluye que con la integración de los costos por áreas de servicio al actual Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación, se lograrán identificar los egresos reales por cada una de las áreas de servicio, permitiéndonos tener un mayor control sobre el costo de las actividades finales de la atención médica, evaluando con mayor certeza la productividad de las unidades responsables.

La realización de estos objetivos está directamente vinculada con la concientización de cada una de las partes que habrán de participar en el proceso de integración, el cual está encaminado a elevar la calidad en la administración de los recursos humanos, materiales y financieros en beneficio de los derechohabientes.

CAPITULO 5

**FACTORES ECONOMICOS INTERNOS.
ESTRATEGIAS DEL MODELO
DE ATENCION A LA SALUD**

PRIORIDADES PROGRAMATICAS

*Dra. María Gracia Olivares Lugo y
Dra. Yolanda Flores Cánovas*

INTRODUCCION

La preservación y conservación de la salud está en relación a la accesibilidad, oportunidad y cobertura de los servicios públicos, la cultura, el empleo, el ingreso per cápita y el poder adquisitivo de productos básicos en el núcleo familiar, factores que impactan a los grupos sociales por área geográfica, en la aparición y prevalencia de enfermedades y en las tasas de natalidad, fertilidad y mortalidad.

La mayoría de las veces los servicios médicos se asocian a la visión de un período político, a presiones sindicales, al mercado internacional, a la disponibilidad de presupuesto, inflación, cotización del dólar y la insuficiencia de la industria productora de medicamentos o de equipos médicos con tecnología de punta, así como a la distribución y capacidad de respuesta de la infraestructura existente y también a procesos administrativos con base en una Ley de Adquisición que globaliza el 100% de los productos y servicios por adquirir, ocasionando mayores dificultades en su aplicación.

Lo anterior demuestra la importancia que tiene, en todo modelo de atención a la salud, la inclusión de otros, como el económico, el político, el de educación, el jurídico y principalmente el humano, como eje del marco social, que sustenta un sinnúmero de “modelos de vida humanos”, en donde inciden los demás, de tal forma que dan origen a un mosaico heterogéneo en vivienda, nutrición, cultura e indicadores de salud, en una misma zona geográfica.

Por tanto, diseñar, planear, implementar, implantar o cambiar un modelo de salud específico por región geográfica, debe ser tarea de un equipo multidisciplinario donde la brújula sea un equipo de salud capacitado e informado en forma suficiente, con base en un diagnóstico situacional acorde con las necesidades de un país, estado o región; vinculando los esfuerzos gubernamentales e institucionales con la participación social y propiciando la delegación de autoridad local sin menoscabo de la tutoría normativa, con el fin de incidir en la solución de los problemas de salud; sobre la base de la eficiencia, la calidad y la regulación del gasto.

La estrategia de una verdadera red de servicios oportunos, escalonados de menor a mayor complejidad, accesibles a la mayoría de la población, puede ser el camino para cumplir con servicios eficientes, a bajo costo, sin detrimento de la calidad.

El modelo de atención a la salud regionalizado

Un modelo de atención regionalizado como elemento rector en la organización de las unidades médicas debe ser: *universal*, para garantizar servicios con equilibrio y calidad, haciendo énfasis en el trato humano, ético y no sólo el técnico; *integral*, al estudiar al individuo como unidad básica en el núcleo familiar y la sociedad y *efectivo*, bajo el enfoque de riesgo por región y estado y en forma escalonada de menor a mayor complejidad.

Con una base sólida de planeación estratégica, el modelo debe contemplar en su funcionamiento otros modelos, entre ellos los de organización, financiamiento, programación, presupuestación y evaluación a fin de integrar los servicios médicos con las áreas de desarrollo, capacitación, información e investigación operativa, así como con las relacionadas con un sistema de abasto eficiente en cantidad y calidad.

El modelo también tendrá en cuenta el diagnóstico situacional para conocer el comportamiento en salud por región, la cobertura de los servicios médicos por nivel de atención, la transición poblacional y epidemiológica, así como recursos disponibles y su productividad, las necesidades, la tendencia del gasto de las partidas de mayor impacto en los últimos tres años y el costo por tipo de atención médica. Es necesario contar con registros y análisis específicos del desarrollo económico de la región, su interdependencia con el estado, el país y fuera del mismo, y considerar los movimientos migratorios.

Por otra parte nunca se debe omitir en el diseño o en el cambio del modelo, el perfil del trabajador que va a ejecutarlo, consolidarlo y vigilarlo.

PRIORIDADES PROGRAMATICAS

Organización:

El propósito será la desconcentración de funciones y responsabilidades, con el objeto de llevar la toma de decisión a los niveles operativos.

Regionalización:

Adscribir a los derechohabientes a la unidad del primer nivel de atención más cercana a su domicilio particular y por excepción a las del segundo nivel.

Escalonamiento:

Organizar de menor a mayor complejidad la atención en las unidades médicas con base en el diagnóstico del padecimiento.

Equilibrio entre el primero y segundo nivel de atención:

Reforzar la atención primaria y médica con base en la morbilidad y demanda por región, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención a fin de que el derechohabiente cuente con servicios completos, equitativos y oportunos.

Investigación operativa:

Fomentar, orientar y evaluar la formación y actualización en el campo de la investigación en salud para mejorar las áreas clínicas, estudiar la transición poblacional y la relación con el mismo suceso epidemiológico, e incidir en los procesos operativos.

Referencia y contrarreferencia:

Establecer los criterios del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas de menor a mayor complejidad a fin de evitar preferencias asistenciales de los derechohabientes en el segundo nivel de atención, saturaciones innecesarias, disminuir tiempos de atención y propiciar el acercamiento y confianza en la atención al núcleo familiar en el primer nivel.

Sistema de información:

Al igual que se forma una red de servicios, la organización de la información es determinante en los diferentes niveles a fin de que se tomen decisiones y se den respuestas adecuadas a los eventos.

Ello implica contar con indicadores propios de morbilidad, mortalidad, productividad, rendimiento, índices de ocupación hospitalaria, costos, consumos y todos aquellos que permiten el análisis integral de un modelo de salud.

Capacitar en servicio al personal de las unidades médicas:

Ante una realidad heterogénea, instrumentar programas específicos que incidan en la problemática por región.

Equipamiento regional en salud:

Corresponde a la planeación estratégica garantizar servicios suficientes, accesibles y cercanos al domicilio particular del derechohabiente.

En este componente es importante mencionar que en todo proceso de salud-enfermedad, la medición de los eventos patológicos al igual que los de salud positiva, constituyen los fundamentos básicos para determinar la ocurrencia de un padecimiento en la población que se atiende que no sólo nos permite definir la historia natural del mismo, sino también su asociación con factores causales, su comportamiento, la previsión de los recursos y los costos para la solución a través del tiempo; por lo que el conocimiento y análisis de los indicadores de un modelo inmerso en un sistema de salud nos muestra lo complejo de los procesos de transición, que explican el que las enfermedades transmisibles se mantengan como parte importante de los problemas de salud, pero que el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas igualan en frecuencia a estas últimas con las primeras e impactan más los costos de la atención médica; pero que también muestran que la mayor demanda puede solucionarse en el primer nivel de atención con menor gasto con relación al segundo y tercer nivel de atención, y que éstas son algunas consideraciones que no se deben omitir al proyectar servicios; ya que representan necesidades que deben ser vinculadas con la capacidad física instalada y de respuesta.

Sistema de información en salud

El sistema de información en salud tiene el propósito de contar con registros veraces, oportunos y completos, sustentados en información histórica de morbilidad, mortalidad hospitalaria, productividad, rendimiento, avance de metas, evolución de los programas prioritarios, identificación de recursos disponibles asociados a la capacidad física instalada y de respuesta en cada unidad médica; que además son la base de los indicadores de cada institución, principal instrumento en la toma de decisiones, en la planeación estratégica, integración programática, organización, dirección, monitoreo y evaluación de los servicios médicos.

Integración programática:

El sistema de integración programática es la herramienta que consolida la planeación a través de la programación y presupuestación, con base en la información de riesgos y daños en salud, demanda satisfecha y no satisfecha, infraestructura existente, tipo de servicios, niveles de atención y regionalización.

Monitoreo y supervisión:

Tiene como fin vigilar la ejecución de los programas como elemento de soporte de las estrategias del propio modelo.

Comités regionales o intrahospitalarios:

El impulso y fortalecimiento del programa de la mejora continua de la calidad y eficiencia de la atención integral al derechohabiente, se debe fundamentar en la participación activa de los trabajadores del nivel operativo, con asesoría normativa y seguimiento de las acciones que se llevan a cabo en un modelo de atención a la salud.

La instalación de los comités regionales e intrahospitalarios tienen por objeto, contar con un grupo colegiado que apoye el monitoreo permanente, la evaluación, las modificaciones de los procesos involucrados y resuelva la problemática existente en áreas críticas.

Cada comité tiene sus funciones pero en conjunto son los responsables de revisar y analizar la morbilidad, mortalidad, infecciones intrahospitalarias, expedientes con base en la NOM-52, técnicas y tiempos quirúrgicos, días de estancia hospitalaria, volumen de demanda, productividad y rendimiento a fin de hacer recomendaciones y establecer acuerdos que deben cumplirse.

Tipificación de unidades médicas, manuales de normas y procedimientos:

La tipificación de unidades médicas describe la función de cada una por nivel de atención de acuerdo a la capacidad física instalada de la misma, por lo que en conjunto con los manuales de normas y procedimientos, se convierten en la memoria de una institución, región y estado; así como de las líneas de autoridad, tramos de control y responsabilidades.

CONCLUSION

Trabajar con un modelo enriquece, pero también responsabiliza al equipo de salud a elaborar o mantener actualizado un diagnóstico situacional del área en donde se implanta o desarrolla el mismo. También estudiar y modificar estrategias piloto para su posterior implantación, simplificar la metodología de los procesos desde su origen, instrumentación, implantación, desarrollo, seguimiento, evaluación, control y actualización periódica; sin perder de vista la planeación y la organización de los recursos necesarios, a fin de lograr las expectativas para las que ha sido creado: **responder a la demanda y ampliar la cobertura con bases firmes.**

BIBLIOGRAFIA

- Aportaciones al Debate. La Seguridad Social ante el Futuro.* IMSS. 1997.
- La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI.* José Narro Robles, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1993.
- México: Perfiles de la Salud hacia el Año 2010.* Fundación Mexicana para la Salud. Fundación Javier Barros Sierra. Carnegie Corporation of New York, 1998.
- Cuestión Social.* Revista Mexicana de Seguridad Social. No. 39 Primavera 1996.
- Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas.* Fundación Mexicana para la salud. Julio Frenk/Editor, 1997.
- Demografía y Seguridad Social/Montevideo.* Revista Seguridad Social; Enero-Febrero 1995. Edit. IMSS.
- La Seguridad Social y el Estado Moderno.* Fondo de Cultura Económica, IMSS. Edit. VIC; 1992.

ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD. MEDICINA PREVENTIVA Vs. CURATIVA

*Dra. Alicia V. García García
Dra. Patricia Gómez Tagle Fernández*

La Seguridad Social es uno de los medios para llevar a cabo los objetivos de política social y económica del gobierno y de esta forma satisfacer las legítimas demandas y aspiraciones de la población. Su materialización se ha destacado por los grandes beneficios proporcionados a los trabajadores, sus familias y a las empresas, así como la promoción a la salud y el bienestar de la sociedad.

La legislación vigente establece que la seguridad social 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. Esta, reafirma sus valores humanistas, de bienestar individual y familiar de equidad social, de redistribución del ingreso y de desarrollo comunitario, lo que va acorde con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que impulsa una cultura de prevención y busca establecer una política de salud integral, democrática y equitativa, acorde con los tiempos que vivimos.

Esta misión le representa no sólo la prestación de servicios médicos en volúmenes adecuados, sino también el establecimiento de políticas y estrategias que permitan dirigir estos esfuerzos al logro del objetivo, para esto, incorpora al individuo a un proceso continuo de atención; proceso que inicia desde el momento mismo de la concepción y se continúa hasta su muerte.

En la actualidad se reconocen como elementos condicionantes del estado de salud a la educación, la vivienda, la ocupación, los servicios municipales, el entorno ecológico, la cultura y la economía familiar, dando con esto un carácter multifactorial al proceso. Los servicios médicos se convierten así en la plataforma de acción donde la medicina curativa y la preventiva son las estrategias principales para coadyuvar a asegurar la salud del individuo y su familia.

Sin menoscabo de la importancia de la atención curativa se han demostrado en mucho los beneficios de la prevención, reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer. En estudios realizados en Estados Unidos de América, se identificó que las intervenciones de la medicina clínica individual sólo han podido participar en un 10-20% en el incremento de la esperanza de vida.

En México, estamos viviendo un proceso de transición demográfica que con el incremento de la esperanza de vida al nacer y la disminución en las tasas de mortalidad, da

por resultado el crecimiento de la población geriátrica. Por otra parte, la transición epidemiológica prolongada y polarizada nos deja como consecuencia la yuxtaposición de enfermedades infecciosas con las crónicas degenerativas (características de sociedades más avanzadas). De 1940 a 1994 la esperanza de vida se incremento en 28.6 años variando de 44 a 72.6 años. Las tasas de mortalidad infantil han venido decayendo en forma sistemática hasta en un 50% de 1970 a 1994.

El capital humano constituye la principal riqueza de una nación, siendo la salud una de las partes fundamentales de éste, que junto con la educación son la mejor inversión que un país puede hacer en un individuo, resultando difícil el separar estos dos elementos, ya que los rendimientos de la inversión tanto en salud como en educación benefician en parte al individuo en que se hace la inversión y en parte a los otros individuos que integran la población. La aplicación de intervenciones de salud altamente efectivas (protección específica) como las de prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas, como el sarampión, la poliomielitis y la tosferina, etc. benefician a toda la comunidad al disminuir en forma importante el riesgo de exposición. Los servicios de salud curativos, como los de tratamiento de la tuberculosis o la sífilis contribuyen a prevenir la extensión de la enfermedad.

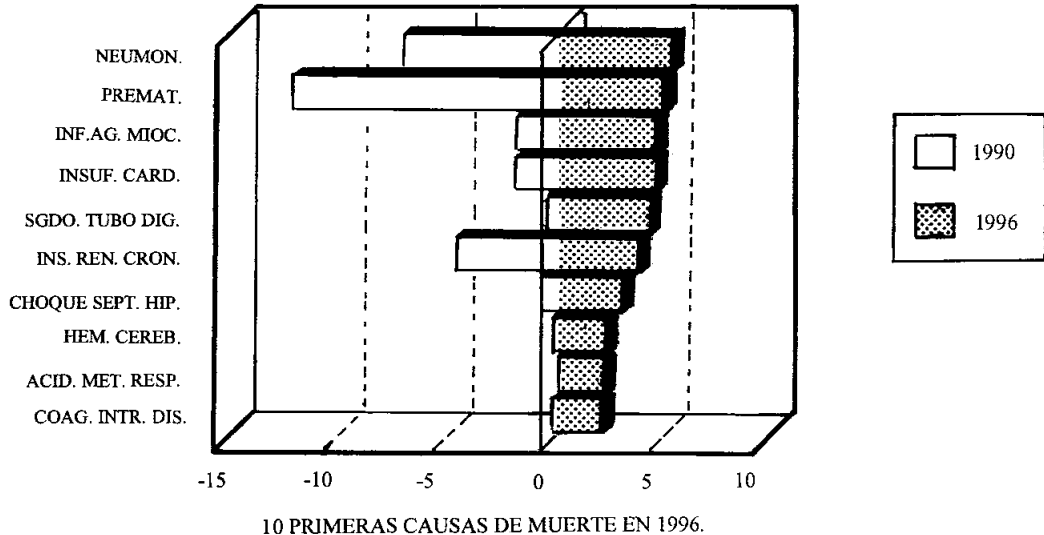
Ante el panorama de salud existente en el país las instituciones responsables deben proveer a la población de servicios eficientes, efectivos, de costo accesible tanto a la población como a las instituciones, organizados por niveles de atención y en programas dirigidos a grupos de población susceptibles, a principales riesgos de enfermedad y muerte y con el enfoque de vulnerabilidad, factibilidad y trascendencia.

En trabajos ya realizados pueden identificarse dos conceptos de un sistema de medición del capital humano creado por los programas de salud. El primero es la medición de los costos de criar a un niño o de desarrollar una fuerza de trabajo productiva, una inversión que se pierde si se produce una muerte prematura. El segundo es una medición de capital social en cuanto al valor actual del trabajo futuro que puede ganarse por la erradicación, eliminación o control de las enfermedades.

Esta situación plantea el doble reto de mejorar la calidad de los servicios preventivos a la vez que se deben de garantizar los recursos financieros y materiales para hacer frente a las necesidades cambiantes de la atención médica.

En el *Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios* (ISSEMYM), los cambios en la transición demográfica y epidemiológica se han hecho presentes, en la primera se ha observado un incremento de la población adulta y en la segunda las enfermedades infectocontagiosas como causa de enfermedad y muerte han sido desplazadas, aunque no eliminadas, por la presencia de enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiente renal crónica y aguda; aterosclerosis y nuevas enfermedades transmisibles como el SIDA.

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA MORTALIDAD GENERAL



En 1994 el diagnóstico de salud del ISSEMYM mostraba en un periodo de 4 años, de 1990 a 1993, una disminución del 2.1% en la tasa de mortalidad general, con datos de 9.4 a 9.2 defunciones por 10,000 derechohabientes respectivamente. La tasa de mortalidad infantil fue de 134.4 en 1990 a 68.7 defunciones por 10,000 nacidos vivos registrados en 1993, con un decremento del 48.8%. La mortalidad materna registra un decremento en su tasa de mortalidad de 8.3%. Dentro de las primeras causas de muerte en 1993 se encuentran con peso relativo importante las siguientes: la prematuridad el 11%, accidente vascular cerebral 8.2%; insuficiencia renal crónica 7.4 %, septicemia 5.1%, Neumonía 4.9%, insuficiencia cardíaca 4.9%, infarto agudo al miocardio 4.9%, cirrosis 3.8% y diabetes mellitus 3.3%.

La mortalidad del grupo de 65 años y más en 1993 fue de 28.6 defunciones por 10,000 derechohabientes del grupo etáreo.

La tasa de natalidad para 1993 fue del 19.4 por 1000 derechohabientes y la tasa de fertilidad de 70. La población total derechohabiente en el mismo año era de 417,661 con un crecimiento en relación a 1990 de 18.2%.

Con este panorama el modelo de prestación de servicios era enfocado en gran proporción a la atención curativa, individualizada y la atención preventiva y de educación a la salud era escasa y ocasional, por lo tanto el concepto de riesgo en el quehacer médico no existía.

Los mecanismos de apoyo consistían exclusivamente en un sistema de información incompleto, registros médicos insuficientes e inoportunos, se manejaba una clasificación de enfermedades y muerte compactadas a 99 causas que no permitía el análisis específico de daños que se reflejó en una insuficiente valoración epidemiológica. La vigilancia epidemiológica no estaba instrumentada, el seguimiento y supervisión a través de indicadores de cobertura, proceso e impacto no se realizaba.

Ante este panorama en 1994 el ISSEMYM reestructura los servicios médicos en su estructura y proceso, reorientando la organización, el quehacer médico y los recursos para enfrentar los retos que el panorama de salud existente le planteaba, privilegiando las intervenciones preventivas sobre las curativas a través de:

- Implementación de un Modelo de Atención Regionalizado y organizado por niveles de complejidad, dirigido a la acción preventiva, con enfoque de riesgo, para la aplicación oportuna de intervenciones específicas que buscan interrumpir la transmisión de la enfermedad.
- Implementación del área de Atención Primaria a la Salud, como plataforma para el cambio del paradigma en la prestación de servicios de salud.
- Establecimiento de programas preventivos prioritarios, dirigidos a los grupos poblacionales de mayor riesgo: Atención al niño menor de 5 años, atención a la mujer, atención geriátrica.
- Establecimiento de programas enfocados a los riesgos de enfermedades de mayor magnitud y/o trascendencia observadas en la transición epidemiológica como: prevención de retraso mental por hipotirodismo congénito, prevención de los defectos de cierre de tubo neural, lactancia materna, detección, vigilancia y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, asesoramiento genético, geriatría, hospital amigo del niño y la madre.
- Establecimiento y/o reforzamiento de los mecanismos de apoyo consistentes en: rediseño del sistema de información en salud, implantación de la clasificación internacional de enfermedades 9a revisión, agenda médica computarizada, sistema de información automatizado, implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica estatal, regional y local; reforzamiento del área de bioestadística y la aplicación rutinaria de los indicadores de evaluación de cobertura, proceso e impacto. Se implementa la supervisión operativa con la formación de grupos interdisciplinarios de supervisión y el diseño y aplicación de guías específicas.
- Se instrumentan las estrategias de profesionalización de los recursos humanos, la investigación operativa y clínica, estableciendo el Premio a la Investigación Médica ISSEMYM, el establecimiento del área de Ingeniería Biomédica, y reforzamiento de la promoción a la salud.

Dentro del Instituto se han presentado importantes cambios en los que se refiere a las áreas preventiva y curativa, incrementándose las acciones con el fin de intervenir en los factores de riesgo, contando con el médico familiar como eje del servicio y de la cultura preventiva y en corresponsabilidad con la población derechohabiente.

RESULTADOS

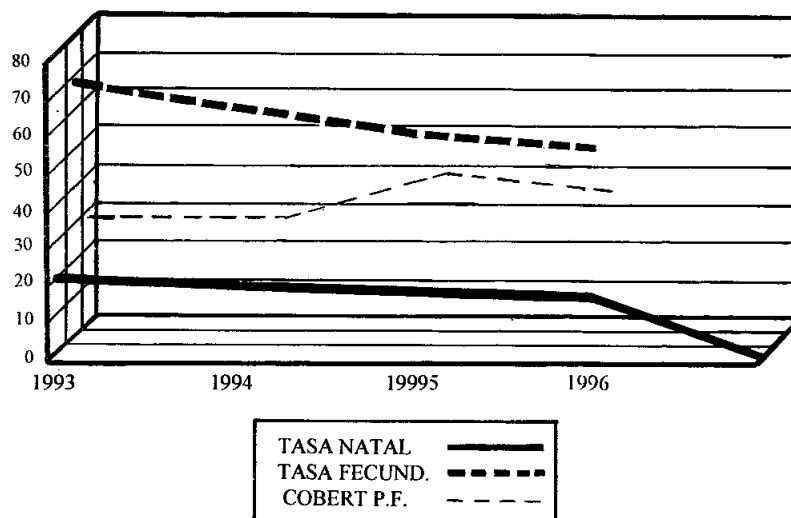
La mortalidad general en el periodo 1993 a 1996, mostró una disminución del 3.5% en la tasa de mortalidad general, con datos de 9.2 a 8.9 defunciones por 10, 000 derechohabientes respectivamente. La tasa de mortalidad infantil fue en 1993 de 68.7 defunciones por 10,000 nacidos vivos registrados y en 1996 de 77.2 con un incremento de 12.3%. La mortalidad materna registra de 1993 a 1996 un decremento de 55.5% en su tasa de mortalidad. Las primeras causas de muerte en 1996 de acuerdo a su peso

relativo son las siguientes; neumonía 5.8%, prematurez el 5.4%, infarto agudo al miocardio 5.0%, insuficiencia cardíaca 5.0%, sangrado del tubo digestivo alto 4.7%, insuficiencia renal crónica 4.4%, choque séptico/hipovolémico 3.5%, hemorragia cerebral 2.5%, acidosis metabólica/respiratoria 2.5% y coagulación intravascular diseminada 2.5%.

La mortalidad del grupo de 65 años y más en el mismo año fue de 38.7 por 10,000 derechohabientes del grupo etáreo.

En materia de salud reproductiva y planificación familiar el impacto en la tasa de fecundidad se manifestó para 1996 en una disminución del 22.5%, al presentar tasas en 1993 de 70.0 y en 1996 de 54.2. La tasa de natalidad presentó un decremento del 22.6% con tasas de 19.4 en 1993 y de 15.0 en 1996 por 1000 derechohabientes, esto debido a un incremento en la cobertura del Programa de Planificación Familiar, que fue del 26.84% para 1993 y de 36% para 1996.

**PLANIFICACION FAMILIAR
TASA DE FECUNDIDAD Y NATALIDAD 1993-1996**

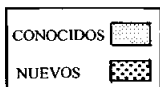
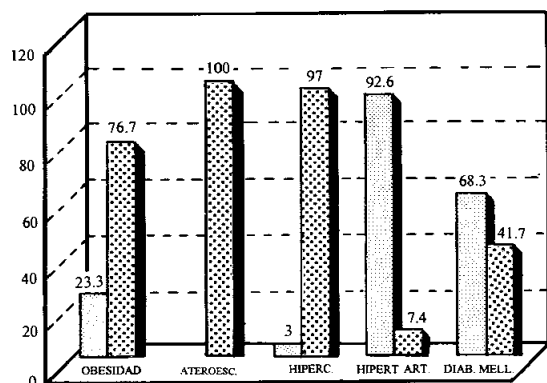


Los programas prioritarios dirigidos a los factores de riesgo arrojaron resultados favorables como es el caso del Programa de Prevención del Retraso Mental por Hipotirodismo Congénito, implementado en 1996, detectó en un tamizaje del 79% de los recién nacidos 4 casos con una tasa de 1.5 por cada 1000 R.N.V.R. De enero a junio de 1997, la cobertura de tamizados es del 92.9%, no detectándose casos de hipotirodismo congénito.

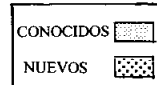
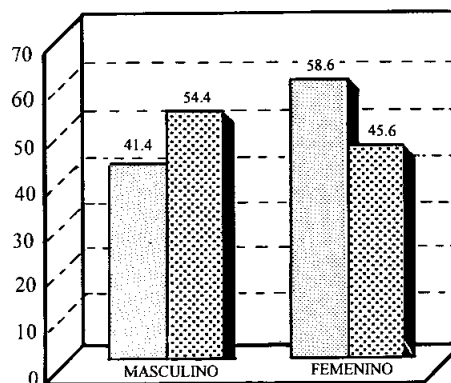
El Programa de Geriátría iniciado en 1991 es reforzado con la incorporación de terapia ocupacional y la implementación de la cartilla de autocuidado geriátrico conocida como "Yo anciano cuido mi salud", que permite llevar un control mensual de la salud del anciano por medio de la toma de parámetros básicos como tensión arterial, glicemia capilar, antropometría, así como el conocimiento de técnicas de autocuidado que nos permiten detectar alteraciones que requieren de intervención inmediata. Motivando de esta forma una participación activa de las personas de la tercera edad, responsabilizándola del autocuidado de su salud al conocer los factores de riesgo más frecuentes en esa edad y combatirlas con actividades básicas de higiene, ejercicio físico, integración familiar, detección oportuna y control adecuado de enfermedades frecuentes en la vejez, haciendo de la atención preventiva el eje central. Y de esta forma, procurar una vejez digna, con bienestar y calidad de vida, favorecido esto por la integración de 26 grupos de trabajo en los Hospitales y Clínicas del Instituto, que son coordinados por el personal de enfermería, poniendo al alcance actividades recreativas, culturales y de desarrollo y expresión manual. Buscando un justo reconocimiento social y mejor trato a quienes conforman nuestro cimiento de identidad.

Debido al incremento tan importante que se ha venido observando en los padecimientos cardiovasculares se reforzó la operación de la clínica de detección de arterioesclerosis iniciada en 1977, con la creación en 1997 del Programa de Detección, Vigilancia y Tratamiento de los Factores de Riesgo Cardiovascular el que ha tamizado a julio del mismo año 461 servidores públicos detectando por factor de riesgo lo siguiente: obesidad, el 6.5%; arterioesclerosis 6.9%; hipercolesterolemia 14.0%; hipertensión arterial 5.8%; diabetes mellitus 2.6% y sin patología 64.2%. La detección realizada se puede considerar temprana y su tratamiento al ser canalizado al servicio de cardiología es oportuno. Es importante mencionar que el 100% de los casos de arterioesclerosis detectados no sospechaba su padecimiento, en el caso de la hipercolesterolemia sólo el 3% sospechaban de tener algún problema de salud, a diferencia de la hipertensión arterial donde el 92.6% sospechaba de padecerla pero no había demandado la atención. En relación al sexo las mujeres manifestaron (58.5%) un mayor conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR



DETECCION DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR SEXO



Los mecanismos de apoyo implementados han favorecido la toma de decisión al poder contar con estadísticas confiables y oportunas, monitoreo de indicadores de áreas críticas, detección de problemas de estructura y proceso, e identificación del comportamiento epidemiológico.

Mención especial merece la operación de la agenda médica computarizada, implementada en las 4 principales unidades médicas (Hospitales de Concentración Materno-Infantil, Toluca y Satélite y la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélaz"), que coadyuva en la organización y programación de la prestación de los servicios, así mismo, en el control de los medicamentos y la obtención actualizada de la morbilidad generada en estas unidades.

Para finalizar, mencionaremos que la salud no espera, no admite treguas y sí requiere de decisiones firmes y adecuadas, de la participación comprometida y decidida de todos. No se debe olvidar que las instituciones de salud y de seguridad social, tienen como objetivo final el de generar una estructura orientada a la satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios públicos de la salud. La prevención debe seguir ganando terreno en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, pero además debe dirigir sus acciones hacia aquéllas que cobran mayor importancia en las sociedades actuales, lo cual implica hacer llegar sus beneficios a los grupos en su conjunto y no solo y básicamente al individuo, en forma de estrategias integrales de salud de mayor impacto. Es mucho lo que sabemos ya sobre intervenciones preventivas, es el momento de capitalizarlas.

PROPUESTAS

1. Estrategias educativas que ayuden a difundir conocimientos de prevención y de autocuidado que logren modificaciones fundamentales en actitudes y conductas, como instrumento para favorecer la identificación y notificación de factores de riesgo, así como la detección y control tempranos.
2. Consolidación del programa de vigilancia epidemiológica estatal, regional y local.
3. Reestructurar y consolidar los comités de vigilancia epidemiológica regionales, para la prevención y control en base al enfoque de riesgo de las enfermedades que genere su región.
4. Ampliar a 10 unidades más, los módulos de detección, vigilancia y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en las unidades médicas del Instituto.
5. Fortalecer la atención a los grupos geriátricos, con el fin de retardar la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas y/o sus complicaciones debido a su cronicidad, coadyuvando así a mejorar su calidad de vida.

En conclusión, la inversión en materia de prevención proporciona mejores resultados de costo-efectividad que la destinada a recursos curativos, ya que nos permite optimizar los recursos existentes, reducir costos, elevar la productividad de las acciones, consolidar los logros, que hasta la fecha se han alcanzado y reducir al mínimo las oportunidades perdidas de Atención Primaria a la Salud. Lo anterior sin menoscabo de la atención curativa y la rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

1. Willar Carter Jr., *American Journal*, "Prevention Science: the Umbrella Discipline" *Am J Prev Med*, 1995; 11 (4) pp. 21.
2. Phillips K. A., Haltgrave Dr., *American Journal* "Using cost-effectiveness/cost-benefit analysis to allocate health resources: a level playingfield for prevention?" *Am J. Prev Med*, 1977. Jan-Feb, 13:1, pp. 18-25.
3. *Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología/OPS/Publicación Científica* no. 534. Cap. 22 pp. 265-288.
4. *Nueva ley del Seguro Social*, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995.
5. *Prime Care*, "Cost-effectiveness analysis", 1995. Jun, 22:2, pp. 307-18.
6. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, pp. 21-50
7. Frenk J., *Transiciones: Vidas, Instituciones, Ideas, Salud pública de México, Vol. 39, No. 2*, Marzo-Abril 1997, pp. 144-150.

DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION

Lic. Lorenzo Rodríguez Gallardo

La descentralización como proceso se ha convertido en uno de los signos distintivos del Estado moderno al lado de la democracia, la defensa de los derechos humanos y la movilización social. Pero tal proceso se presta a confusión cuando se ignoran las diversas vertientes que conforman el concepto primario. A efecto de reducir la ambigüedad en el uso del término y precisar el impacto económico y de salud de la desconcentración y descentralización, se hace la siguiente delimitación conceptual.

La descentralización es un espacio de intersección de variables históricas, jurídicas, políticas, sociales, económicas y administrativas. En general es el opuesto de centralización, de concentración de poder y autoridad. En el caso específico de México es el concepto y el proceso que describe la evolución histórica entre centralistas y federalistas que se han plasmado como un acuerdo social con plena validez jurídica en las constituciones que han regido la vida nacional. Esa evolución se reconoce ahora en el ámbito general de la conformación política del país como “nuevo federalismo”.

Desconcentración y Descentralización se invocan como estrategias del modelo de atención a la salud en su vertiente económica y principalmente administrativa. La principal diferencia entre uno y otro concepto, a la luz de la teoría administrativa, es que la primera carece de personalidad jurídica y patrimonio propios, es decir, mantiene vínculos de dependencia directa, aunque geográfica y operativamente se mantenga distante del centro en el que se toman las decisiones.

Por una mayor vinculación como factor económico en la atención a la salud, es conveniente analizar con mayor detalle la descentralización. En sus dos vertientes como concepto y como proceso, fue incluida en el capítulo tres del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en donde se destaca que su objeto es fortalecer la capacidad institucional, los recursos, funciones y programas públicos hacia estados y municipios, con observancia de criterios de alta eficiencia y equidad en la provisión de bienes y servicios a las comunidades, entre ellos los servicios de salud.

La descentralización es concebida en el Plan Nacional como una estrategia de modernización que significa acercar la administración y sus servicios a la ciudadanía. Es una política de Estado que fue incluida y desagregada con mayor detalle en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, documento rector del Sistema Nacional de Salud mexicano.

Si se entiende la descentralización en salud como el proceso de delegar funciones, autoridad y recursos en la materia del gobierno federal a los gobiernos estatales, es de esperar que se observen las ventajas asignadas comúnmente al proceso, tales como la

proximidad entre los problemas de salud y su resolución, el aumento de la eficiencia y calidad, el ahorro de recursos, la participación y compromiso de la sociedad y del personal que labora en las instituciones.

Descentralizar sólo por sumarse a una moda administrativa puede acarrear graves riesgos y anular las ventajas descritas. Un proceso falto de previsión, planeación, gradualidad, concentración y participación social, puede convertir los riesgos en realidades desfavorables para la salud de la población a la que se esperaba beneficiar. Además de las tradicionales desventajas reconocidas a la descentralización como: falta de uniformidad en las decisiones, desperdicio o aprovechamiento insuficiente de recursos y escasez de otros, pueden sumarse los peligros que menciona Remy Prud'homme, tales como el incremento de inequidad entre regiones por efectos adversos en la redistribución de recursos, la dificultad para implementar la política económica general, disminuir la deficiencia en la operación de los servicios y aumentar la corrupción.

El afán descentralizador puede llevar también a excesos en la creación de estructuras burocráticas que reproduzcan los vicios de la centralización y que atenten contra la normatividad superior en materia de salud. Por ejemplo, el artículo 73 constitucional en su fracción XVI reconoce la facultad del Congreso para dictar leyes en materia de Salubridad General de la República y, tanto la Constitución como la Ley General de Salud reconocen en el Consejo de Salubridad General, la máxima autoridad sanitaria del país, sin embargo sus atribuciones se han dispersado entre la Secretaría de Salud y los órganos desconcentrados que han creado como el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Nacional del SIDA (CONASIDA), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), el Consejo Nacional de Coordinación para el Bienestar de las Personas con Discapacidad (CONVIVE), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), etcétera. Instancias que si faltan al principio de coordinación administrativa eficiente, pueden convertirse en limitantes de la descentralización en salud y acentuar la tesis perversa de centralizar los recursos y descentralizar los problemas, de apropiarse triunfos y mejoras en el nivel de salud y desligarse de insuficiencias, deficiencias y retrocesos, culpando a los estados. A lo que habría de sumar el gasto en tiempo, personal y recursos que se necesitan para rendir informes y documentos a una gran variedad de autoridades.

A efecto de que la descentralización se convierta en un agente eficaz y eficiente de un nuevo modelo de atención a la salud, es preciso que sea un proceso gradual y progresivo.

Las autoridades de la Secretaría de Salud al hablar de esta estrategia reconocen que comprende dos grandes áreas. La financiera y la sustantiva. La conjunción de ambas es la muestra más clara de que el factor económico y el operativo deben ser parte integrante de un modelo incluyente que busca el adecuado equilibrio, el punto medio entre centralización-descentralización, al propiciar el gradualismo y la asignación de recursos a la par de responsabilidades y establecimiento preciso de límites de autoridad.

Para la evaluación de la estrategia descentralizadora se proponen cuatro documentos: "Salud 2000" que establecerá las metas que se persiguen para el año 2000 y permitirá evaluar, por proceso y resultados las intervenciones de salud; el Diagnóstico Estatal

que comprenderá las mediciones de gasto, necesidades y recursos estatales de salud; los Programas Anuales de Salud que comprenderán las metas, servicios y su justificación y distribución presupuestal y el Reporte Anual del Secretario de Salud que evaluará las políticas en la materia a nivel nacional y servirá para aplicar los mecanismos correctivos cuando se detecten deficiencias.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, otro de los grandes actores del Sistema Nacional de Salud en vez de optar por la descentralización prefirió el mecanismo de la desconcentración administrativa. A las 36 delegaciones estatales que conforman la estructura geográfica del Instituto, se sumaron siete direcciones regionales como parte de una estrategia general de modernización y reforma. Sin ser organismos autónomos, constituyen puntos de enlace para la mejor prestación de los servicios de atención a la salud y de los servicios en general del Instituto.

En vez de concebir desconcentración y descentralización como fines, es claramente identificable que son medios, que son instrumentos que pueden sumarse a una estrategia general de política económica y social para hacer efectiva la democracia que concibe el artículo tercero constitucional como una forma de vida basada en constante mejoría económica, social y cultural del pueblo de México.

MODELO DE ATENCION REORGANIZADO ISSEMYM COMO ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Armando Muñoz Valencia

La Organización Mundial de la Salud definió el modelo de atención como la forma de organizar los recursos para mantener y elevar el nivel de salud de la población, contribuyendo con ello a su desarrollo integral.

Lo fundamental de un modelo es que garantice la atención a la salud sobre todo en época de crisis económica. De ahí que el establecimiento de un modelo de atención de los servicios médicos sea un instrumento de la autoridad, que busca dar respuesta a la demanda no satisfecha y contener el gasto de acuerdo con las restricciones económicas.

PROBLEMAS Y EXIGENCIAS

Los modelos de atención institucionales, inmersos en un macrosistema de salud segmentado, enfrentan problemas de financiamiento y cobertura, que se agudizan por la multiplicación en la oferta de los servicios; misma que se capitaliza por el trabajador afiliado a más de un régimen de seguridad social, que tiene la libertad de solicitar atención médica en las diferentes instituciones para la solución de un mismo padecimiento. Otro factor común que limita la organización y alcances del sistema de salud y de los modelos institucionales, es la migración a los grandes polos de desarrollo, que origina asentamientos humanos irregulares, demanda indiscriminada de empleos y creación de servicios; situación que se subsana a través de una planeación fragmentada, en donde se incluye la seguridad social.

En Latinoamérica otros problemas graves son elevación de costos, inseguridad financiera, insatisfacción de los usuarios y el creciente avance de la tecnología desechable, que se asocia a un interés preferencial por el prestigio de la institución con mayor tecnología, más que por la atención médica en sí.

La higiene, la salubridad, la medicina preventiva y la educación son fundamentales pero también insuficientes para disminuir la demanda de medicina asistencial, condicionada por una cultura médica curativa que resulta de la difusión masiva, inadecuada e indiscriminada de los avances tecnológicos y de la angustia por sobrevivir que propicia por ejemplo, que los usuarios de las instituciones de salud asistan a un segundo o tercer nivel de atención, para asegurarse de que un dolor de cabeza sólo es un mal pasajero.

De ahí que sea indispensable buscar estrategias que permitan que los servicios de atención a la salud sean equitativos, integrales, universales, oportunos y con un empleo óptimo de los recursos.

Referir las deficiencias que muestran los sistemas de salud, sólo tiene el propósito de enfatizar que los directivos de la salud tienen la misión de visualizar el comportamiento y tendencia de los mismos y proponer mejores formas de regular y otorgar servicios y disminuir costos de operación, con base en el diseño de modelos que sean compatibles con las normas nacionales, la política regional y el diagnóstico de salud; y permitan priorizar programas, asignar recursos y planear en forma estratégica el crecimiento y operación de los propios servicios. Sin omitir la coordinación sectorial para la articulación de servicios regionales, estatales y federales.

La organización de las instituciones a través de los modelos de atención a la salud, sustentan su función en la priorización de problemas, dado que es en los problemas de la salud en donde se manifiestan con mayor dramatismo los conflictos económicos y sociales, y en el modelo de atención a la salud donde se conjuntan ciencia, humanismo y economía.

REGIONALIZACION DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD

La salud como otros servicios, es responsabilidad de la autoridad local. El centralismo aún vigente en la seguridad social, hace que el enfoque de la demanda se pierda en criterios, análisis y búsqueda de esquemas homogéneos, para áreas con características geopolíticas, económicas y sociales y con riesgos y daños diferentes; además de que propicia el pluralismo de responsabilidades y que el traspaso de los recursos federales al estado será lento o su ejercicio se destine a otras prioridades.

Considerando los problemas que prevalecen en los macrosistemas de salud, la solución es hacer responsables a las autoridades estatales de la salud de la población derechohabiente en el ámbito de su responsabilidad, desconcentrando funciones, con capacitación y fortalecimiento de las estructuras a fin de llegar a la descentralización en forma gradual, con el firme propósito de que cada entidad defina su modelo, apegado a la normatividad, financiamiento, asesoría y seguimiento de las autoridades centrales.

La conformación de un modelo regionalizado, con enfoque de riesgo y escalonamiento de servicios, permite llevar a cabo la planeación estratégica, fortalecer la toma de decisiones a nivel regional, acortar los tramos de control y determinar el equipamiento regional en salud con autosuficiencia. La regionalización permite que las autoridades locales respondan con oportunidad, calidad y eficiencia a la demanda de los usuarios de los servicios médicos, con la priorización de programas, acciones, estrategias e implementación de servicios específicos, con base en el diagnóstico de la infraestructura médica, evolución demográfica, riesgos y daños propios, estableciendo el compromiso para el seguimiento de los procesos, impacto y resultados en la evolución del modelo.

EXPECTATIVAS DE UN MODELO DE ATENCION A LA SALUD, REGIONALIZADO CON ENFOQUE DE RIESGO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Los esquemas de atención médica dentro de la seguridad social enfrentan un panorama difícil por la creciente velocidad en la carrera de precios, tecnología, transición epidemiológica y complejidad de servicios, que son factores que pueden anquilosar hasta la mejor institución; por lo cual es indispensable emprender una reforma de la salud, con visión integral, política, social y económica, una reforma dinámica por región, estado o municipio y con apego a las normas nacionales, a fin de dar respuesta a las demandas de la población derechohabiente y cumplir con las expectativas institucionales.

La esperanza está en el diseño, implementación y desarrollo de un modelo regionalizado, equitativo, con calidad, integral y efectivo bajo el enfoque de riesgo, dirigido al núcleo familiar. En este esquema la implantación y continuidad de los procesos facilita la reestructuración de la red asistencial, se mejora la gestión y se asegura la igualdad de oportunidades, con alternativas en la atención y ajustes, sin necesidad de crear otros nuevos modelos a cada cambio de políticas.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS "ISSEMYM", CON EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD REGIONALIZADO

El ISSEMYM es un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado, con personalidad jurídica, patrimonio, órgano de gobierno y administración propios; su creación se remonta al año de 1951, como "Dirección de Pensiones del Estado de México"; en 1956 se incorporan los servicios médicos asistenciales y de farmacia de los trabajadores del Gobierno del Estado y a partir del 23 de agosto de 1969 se transforma en la institución actual, misma que a partir del 14 de octubre de 1994, cuenta con una nueva ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios.

El financiamiento del ISSEMYM, se realiza con la retención del 8.5% del salario base presupuestal del trabajador, de este el 3% es para el servicio médico y el 5.5% para prestaciones sociales, misma cantidad que aportan las instituciones del Gobierno del Estado y se distribuye en igual forma; actualmente tiene afiliados 532,818 derechohabientes, distribuidos en 170,828 servidores públicos activos, 351,951 dependientes económicos y 10,084 pensionados.

El crecimiento global promedio de la población derechohabiente del Instituto en los últimos nueve años, es de 8.5% con base en el 1.6% anual por el comportamiento de las tasas brutas de natalidad y mortalidad general, mientras que por el ingreso de nuevos trabajadores es del 6.9%.

A la institución le corresponde conducir las políticas y estrategias para orientar los procesos en beneficio de los pacientes, del trabajador y de la propia institución, para lo cual se determinaron estándares y criterios, tanto cualitativos como cuantitativos así

como mecanismos de seguimiento y actualización, lo que implicó buscar los factores o elementos que forman parte de las expectativas que se planea el usuario, el trabajador y la propia institución, considerando valores objetivos.

Entre los valores objetivos se encuentran los indicadores de impacto o resultado que comúnmente son la base en la evaluación de las metas planteadas, de la reorganización, implantación y desarrollo de programas, servicios o acciones; pero también de la priorización en actividades de capacitación en servicios, investigación operativa, reforzamiento de programas y disminución en tiempo de espera.

En 1994 se reorganizaron los servicios médicos ISSEMYM, con base en las características, distribución, capacidad física instalada y de respuesta de las unidades médicas existentes, propias y de otras instituciones públicas, con el fin de adscribir a sus derechohabientes a la unidad médica de primer nivel de atención más cercana a su domicilio y por excepción a las de segundo nivel de atención; con el propósito de implantar el modelo con las expectativas descritas.

Se realizaron varios pasos en forma paralela, a fin de definir responsabilidades, capacitar al personal operativo y directivo, y definir beneficios y ventajas par el derechohabiente con representantes sindicales y autoridades; además se revisaron y actualizaron los manuales de normas, procedimientos e indicadores.

Los centros regionalizados de capacitación cuentan con un comité rector que integra el diagnóstico de necesidades de capacitación para el desarrollo y desempeño con la participación del personal, la identificación de áreas críticas y los resultados de la supervisión y seguimiento en el funcionamiento de los servicios. Con esta base definen, implementan y desarrollan los programas de capacitación en servicio y los de profesionalización a través de convenios de colaboración con la Academia Nacional de Medicina y la Universidad Autónoma del Estado de México, a través de las Facultades de Medicina y de Enfermería.

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes es el mecanismo a través del cual las Unidades Médicas menos complejas refieren pacientes a las más complejas, para que éstas resuelvan el problema, instalen el tratamiento y ya estabilizado el enfermo, lo contrarrefieran a su unidad de origen.

El sistema de referencia y contrarreferencia se fortalece a través de un comité regional que analiza el movimiento de pacientes entre unidades, determina inconsistencias y acuerda modificaciones para evitar la suturación en el segundo nivel de atención o de servicios; además disminuye los tiempos de atención y espera.

En cuanto al sistema de información en salud, se eliminaron el 50% de los 365 formatos que existían, se capacitó al personal en el registro, proceso y análisis de la información en salud y se obtuvieron los indicadores propios del Instituto que son indispensables en la toma de decisiones.

Lo anterior se fortalece con la agenda médica que es una herramienta que ya funciona en su primera etapa en las unidades médicas más complejas con ajustes permanentes, con el fin de contar con información nominal, facilitar los registros por paciente, así

como otorgamiento de incapacidades y frecuencia en su asistencia a los servicios.

Esta agenda es un instrumento de trabajo con equipo de cómputo y terminales por consultorio, farmacia, central de enfermeras, hospitalización y almacén, que apoya la organización interna, el análisis, revisión e integración de informes de morbilidad, productividad, rendimiento, consumos de medicamentos e insumos médicos.

La integración programática, es el proceso sistematizado para proyectar servicios, asignar recursos, con sustento en el diagnóstico situacional, indicadores propios, y regionalización.

La investigación operativa, se lleva a cabo a través de la asesoría o elaboración de protocolos de investigación por los comités regionales e intrahospitalarios de epidemiología, morbilidad, mortalidad, infecciones, higiene y seguridad, órganos y tejidos, ética y otros, bajo la responsabilidad de los directivos, con el objeto de identificar áreas críticas en el funcionamiento de los servicios médicos, su causalidad, interrelación e interdependencia; durante el estudio y al término del mismo se informan resultados, y se elabora un plan de acción para la solución de la problemática y el procedimiento para verificar su cumplimiento.

Se implantó la ventanilla única como mecanismo para dotar de un instrumento de organización interna a las regiones de salud a fin de que las unidades médicas más complejas, funcionen como gestoras de las que cuentan con menos personal de apoyo.

RESULTADOS 1994-1996

Como ya se mencionó, en 1994 se reorganizaron los servicios médicos con adscripción de los derechohabientes a una unidad médica del primer nivel de atención y por excepción al segundo nivel de atención, evitando duplicidad en la demanda, situación que se refleja en la disminución en el consumo de medicamentos con relación al incremento en la demanda de consulta, como se observa en la gráfica de total de consultas contra consumo de medicamentos 1994-1996.

**TOTAL DE CONSULTAS CONTRA CONSUMO
 DE MEDICAMENTOS 93-96**

| AÑOS | DEMANDA (TOTAL DE CONSULTA) | | CONSUMO ANUAL MEDICAMENTOS | |
|------|--------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | Núm. | % | Núm. | % |
| | | Inc. | | Inc. |
| 1993 | 1,273,118 | | 3,613,786 | |
| 1994 | 1,359,108 | 6.8 | 4,145,928 | 3.05 |
| 1995 | 1,554,765 | 14.4 | 4,843,645 | 3.12 |
| 1996 | 1,662,372 | 6.9 | 4,991,505 | 3 |

Este resultado también es importante porque mientras la demanda de consulta externa se incrementa, el personal que se contrató de 1994 a 1996, reforzó principalmente la atención en los turnos nocturnos y especiales.

Cuando se planteó la regionalización se consideró también la adscripción del derechohabiente a la unidad más cercana a su domicilio gradualmente, con el objeto de regular la demanda, el consumo de medicamentos e insumos médicos, disminuir las incapacidades y los días amparados; situación que también se fortalece con la referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades de menor a mayor complejidad.

REDUCCION EN EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES

| AÑOS | INCAPACIDADES | | DIAS AMPARADOS | |
|------|---------------|------|----------------|-----|
| | Núm. | % | Núm. | % |
| | | | | |
| 1993 | 63,652 | | 592,230 | |
| 1994 | 64,714 | 1.66 | 635,353 | 7.3 |
| 1995 | 72,526 | 12.1 | 674,666 | 6.2 |
| 1996 | 65,254 | - 10 | 654,566 | - 3 |

Como mecanismo de control se solicita la credencial de afiliación al ISSEMYM, presentación del talón de cheque de la última quincena del trabajador y la credencial de elector, cuando solicitan el alta al Instituto.

REFLEXIONES

Los resultados obtenidos no son para echar campanas al vuelo sino para definir cuales son los retos del mañana, cómo una célula del sector salud.

Desde los días de las cavernas, la tierra nunca ha sido un jardín del edén, sino un valle de decisiones donde la adaptabilidad es cualidad esencial para la sobrevivencia, la tierra no es un lugar precisamente de descanso. El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo, sino para evolucionar en un desarrollo social y humano.

Vivir en la época actual es estar en el seno de los peligros de padecer o morir por desnutrición o por condiciones insalubres, inseguridad y hasta por desesperanza, en donde únicamente la economía es el marcapaso de una mejor vida, de una seguridad social o de cualquier sistema con servicios de salud.

La compleja respuesta social surge para contender con los retos en salud, la que no se pone en el tapete de discusión por ser un bien que por desgracia, también tiene el valor del dinero y no cuenta con un banco de beneficencia pública.


El dinamismo de las décadas recientes se ha traducido en una complejidad social, económica y de transición epidemiológica, y también en el fracaso de una cultura en salud.

El fracaso de la cultura en salud, no radica en el hecho de que las personas se ocupen en demasía en sí mismas, sino en el hecho de que no se ocupan realmente de su propio valor bioético; en si no se es libre en la práctica de la vida y la salud, no se contribuye al desarrollo y mejoría del culto a la vida. Importa más que lo pasado, lo que está por venir, por primera vez en la historia humana.

La tarea de los involucrados en la salud es buscar caminos morales y económicos factibles de abordar, tomar conciencia de la voluntad política, identificar intereses y expectativas institucionales e involucrar en el reto a patrones, representantes sindicales y trabajadores.


SIGLAS DE INSTITUCIONES Y ORGANISMOS QUE SE CITAN EN EL TEXTO

| | |
|---------|---|
| DDF | Departamento del Distrito Federal. |
| DIF | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| ISSEMYM | Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos. |
| SDN | Secretaría de la Defensa Nacional. |
| SECODAM | Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo. |
| SHCP | Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |
| SM | Secretaría de Marina. |
| SSA | Secretaría de Salud. |



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista de seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Secretaría General

México, D.F.

1998